Ч 60/417

616
Ш265

Государственный Центральный Музей имени Л. Б. Каменева

БОЛѢЗНИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

ЛЕКЦІИ, ЧИТАННЫЯ ВЪ ПАРИЖѢ

Д-ромъ **ШАРКО**

ПРОФЕССОРОМЪ ПАРИЖСКАГО ФАКУЛЬТЕТА, ЧЛЕНОМЪ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМІИ,
ПРЕЗИДЕНТОМЪ АНАТОМИЧЕСКАГО ОБЩЕСТВА,
ЧЛЕНОМЪ ЛОНДОНСКАГО КЛИНИЧЕСКАГО ОБЩЕСТВА И ПРОЧ

СОБРАННЫЯ И ИЗДАННЫЯ

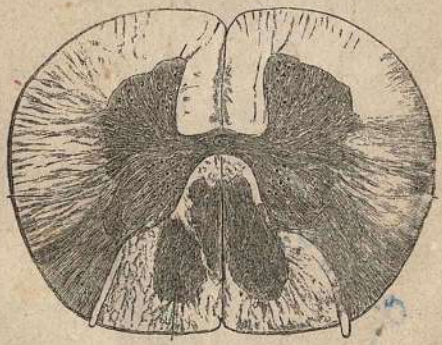
Д-РОМЪ

БУРНЕВИЛЕМЪ

Ц 60/417

Русскій переводъ со 2-го изданія, съ разрѣшенія автора, подъ редакціей

Д-ра **АДОЛЬФА МАРСИКАНИ**



С.-ПЕТЕРБУРГЪ
ИЗДАНІЕ ТИПОГРАФІИ И ХРОМОЛИТОГРАФІИ, А. ТРАНШЕЛЯ, СТРЕМЯННАЯ, № 12
1876

ГОСУДАРСТВЕННАЯ
БИБЛИОТЕКА
СССР
имени
В. И. ЛЕНИНА

9р 8542-43.

ЛЕКЦІИ

по

БОЛѢЗНЯМЪ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

КНИГА ИМЕЕТ:

листов	Выпуск	В перепл. един. соедин. №№ вып.	Таблиц	Карт	Иллюстр.	Служебн. №№	№№ списка и дополнений	г.
3.			10			с	347.	

627/16—250 тыс.

ПРЕДИСЛОВІЕ.

Открытіе Чарльса Белля проложило путь къ существеннымъ успѣхамъ нервной физіологіи, какъ нѣкогда открытіе кровообращенія Гарвеемъ создало изъ физіологіи науку. По мѣрѣ успѣховъ нервной физіологіи и нервная патологія могла достигнуть права гражданства въ семьѣ точныхъ наукъ. Поэтому со временъ Чарльса Белля, работы такихъ знаменитыхъ физіологовъ, какъ: Клодъ Бернара, Людвига, Дюбуа-Реймонда и многихъ другихъ, подвинувшія впередъ рядомъ важныхъ открытій нервную физіологію, выдѣлили въ тоже время и нервную патологію изъ хаоса эмпирическихъ знаній, преданій и неразъясненныхъ фактовъ. Безъ сомнѣнія, и клиницисты принимали широкое участіе въ этой серіи важныхъ открытій по нервной физіологіи и патологіи. Роль ихъ не ограничивалась однимъ примѣненіемъ добытыхъ физіологіей фактовъ къ разъясненію болѣзненныхъ процессовъ. Факты, открытые наблюденіемъ у кровати больнаго, послужили, въ свою очередь, къ открытію новыхъ явленій въ области нервной физіологіи. Такіе же блестящіе результаты въ области клиническаго наблюденія достигнуты и проф. Шарко и его учениками. Лекціи его по нервнымъ болѣзнямъ

составляютъ по богатству новыхъ клиническихъ фактовъ, драгоцѣнный вкладъ въ науку и рельефно выдѣляютъ его трудъ изъ цѣлаго ряда компендій этого рода, какъ по самостоятельности изслѣдованій, такъ и по совершенно новымъ обобщеніямъ и строго научной обработкѣ матеріала, добытаго наблюденіемъ и всестороннимъ знаніемъ литературы своего предмета. Въ главахъ о трофическихъ разстройствахъ вслѣдствіе центральныхъ страданій нервной системы, проф. Шарко проливаетъ новый свѣтъ на эту темную страницу патологіи. Изслѣдованія, собранныя проф. Шарко въ этомъ отдѣлѣ его книги, не могутъ не отразиться въ будущемъ въ области дерматологіи, относительно патогенеза и этіологіи накожныхъ страданій. Съ клинической точки зрѣнія наиболѣе плодотворными являются наблюденія автора о дрожательномъ параличѣ и склерозѣ въ разсѣянныхъ бляшкахъ. Рядъ изслѣдованій центральныхъ патологическихъ измѣненій, уясняющихъ клиническую картину припадковъ склероза уже сами по себѣ должны увѣковѣчить въ наукѣ имя этого невропатолога. Наконецъ въ отдѣлѣ книги, посвященномъ гистеріи и ея осложненіямъ, Шарко съ тѣмъ же удивительнымъ знаніемъ дѣла разъясняетъ причинную связь дотолѣ, по видимому, разрозненныхъ патологическихъ явленій. Лекціи Шарко явились уже въ нѣмецкомъ переводѣ. Упомянутыя достоинства труда проф. Шарко вполнѣ мотивируютъ появленіе его въ русскомъ переводѣ.

12 Декабря
1875 г.

ПЕРВАЯ ЧАСТЬ

О трофическихъ разстройствахъ вслѣдствіе болѣзней черепно-спиннаго мозга.

ЛЕКЦІЯ ПЕРВАЯ.

ТРОФИЧЕСКІЯ РАЗСТРОЙСТВА ВСЛѢДСТВІЕ ПОВРЕЖДЕНІЙ НЕРВОВЪ.

Содержаніе.—Нарушенія питанія, слѣдующія за болѣзненными измѣненіями черепно-спиннаго канала и нервовъ.—Эти измѣненія могутъ занимать кожу, подкожную клѣтчатку, мускулы, суставы, полости. — Важность этихъ измѣненій съ точки зрѣнія прогностической и діагностической.— Нарушенія питанія, слѣдующія за болѣзненными измѣненіями въ периферическихъ нервахъ. — Нервная система въ нормальномъ состояніи оказываетъ мало вліянія на теченіе питательныхъ процессовъ. — Пассивныя измѣненія нервовъ или спиннаго мозга не производятъ непосредственно трофическихъ нарушеній въ периферическихъ частяхъ; опыты, подтверждающіе этотъ фактъ. — Вліяніе раздраженія и воспаленія нервовъ или нервныхъ центровъ на развитіе трофическихъ разстройствъ.—Трофическія разстройства, слѣдующія за травматическимъ поврежденіемъ нервовъ, разсматриваемыя въ частности. — Они происходятъ не отъ полныхъ разрѣзовъ, но отъ ушибовъ, неполныхъ разрывовъ и проч. нервныхъ стволовъ. — Различныя сыпи; эритема, zona traumatica, pemphigus. — Glossy skin англійскихъ авторовъ. — Измѣненія мышцъ: атрофія. — Болѣзни суставовъ; болѣзни костей—періоститъ, некрозъ. — Трофическія измѣненія слѣдующія за нетравматическими поврежденіями нервовъ; аналогія ихъ съ травматическими. — Трофическія разстройства глаза при опухоляхъ, оказывающихъ давленіе на тройничный нервъ. — Воспаленіе спинныхъ нервовъ, развивающееся послѣдовательно, вслѣдствіе рака позвоночника, pachymeningitis spinalis, задушеніе отъ окиси угля и проч. — Различныя сыпи (zona, pemphigus и проч.), мышечная атрофія, болѣзни суставовъ, развивающіяся въ этихъ случаяхъ, вслѣдствіе неврита.—Lepra anaesthetica: лепрозный періневритъ, lepra mutilans.

I.

Мм. гг.

Измѣненія черепноспиннаго мозга отзываются весьма часто на различныхъ частяхъ тѣла и вызываютъ тамъ, при посредствѣ нервовъ, различныя разстройства питанія. Эти вторичныя болѣзни образуютъ весьма интересную патологическую группу.

Поэтому я посвящу нѣсколько лекцій изложенію главныхъ особенностей ихъ развитія.

Послѣдовательныя измѣненія эти могутъ поражать большинство тканей и занимать различныя области тѣла, напр.: *кожу, клѣтчатку, мускулы, суставы,* самыя *кости* и наконецъ *полости.* Вначалѣ они представляютъ наичаще характеръ воспалительныхъ процессовъ. Часто они играютъ въ цѣломъ актѣ болѣзни только добавочную роль, присоединяясь къ обычнымъ симптомамъ гиперестезіи, гиперкинеза, акинеза, разстройства двигательной координаціи и проч. Но хотя они имѣютъ значеніе лишь съ точки зрѣнія патологической физіологіи, они тѣмъ не менѣе не должны быть оставлены безъ вниманія.

Въ другихъ случаяхъ эти измѣненія пріобрѣтаютъ напротивъ въ глазахъ клинициста важное значеніе, вслѣдствіе обусловливаемыхъ ими важныхъ разстройствъ или вслѣдствіе ихъ прогностическаго или діагностическаго значенія. Позвольте мнѣ представить нѣсколько доказательствъ сказаннаго.

Въ прошедшемъ году я указывалъ вамъ, — я вскорѣ вернусь еще къ одному предмету — какъ ягодичный пролежень, развившійся втеченіи апоплексіи, вслѣдствіе мозговаго кровоизліянія или вслѣдствіе размягченія мозга, позволилъ намъ поставить почти несомнѣнно вѣрное предсказаніе.

Крестцовые пролежни, болѣзни почекъ или пузыря, развивающіеся съ такою быстротой во время нѣкоторыхъ острыхъ болѣзней или втеченіи ожесточеній нѣкоторыхъ хроническихъ болѣзней спиннаго мозга, составляютъ нерѣдко непосредственную причину смерти.

Страданіе сустава, появляющееся втеченіи двигательной атаксіи, можетъ окончательно лишить больного владѣнія членомъ, который втеченіи долгаго времени могъ бы служить больному съ пользой.

Иногда эти послѣдовательныя трофическія измѣненія вводятъ клинициста въ заблужденіе, онъ ихъ принимаетъ за самую сущность болѣзни. Таковы нѣкоторыя формы *прогрессивной мышечной атрофіи,* которыя прежде разсматривали, какъ первичныя страданія мышцъ и коихъ исходную точку въ дѣйствительности нужно искать въ извѣстныхъ измѣненіяхъ сѣраго вещества спиннаго мозга.

Увеличивать число примѣровъ было бы, по моему, излишнимъ, такъ какъ вы уже теперь видите важность изученія этихъ трофическихъ измѣненій.

Измѣненія питанія въ наружныхъ частяхъ тѣла или въ полостяхъ и при извѣстныхъ болѣзненныхъ вліяніяхъ находятся въ зависимости не отъ одного черепно-спиннаго мозга.

Подъ вліяніемъ извѣстныхъ болѣзненныхъ явленій, не одинъ черепной или спинной мозгъ въ состояніи вызывать разстройства въ наружныхъ частяхъ тѣла или полостяхъ. Эти центры раздѣляютъ эту привилегію съ нервами, исходящими отъ нихъ. Но послѣдовательныя болѣзни, происшедшія отъ первичныхъ разстройствъ и развившіяся въ самыхъ различныхъ отдѣлахъ нервной системы, представляютъ между собой самыя поразительныя аналогіи, несмотря на нѣкоторыя специфическія разстройства. Такимъ образомъ клиницисту, призванному для распознанія этихъ болѣзней, иногда весьма трудно рѣшить— которая изъ нервныхъ областей была поражена первично и гдѣ мѣсто происхожденія страданія. Эти соображенія побуждаютъ меня не ограничиваться въ моей лекціи одними трофическими разстройствами, происходящими отъ черепнаго или спиннаго мозга. Эти послѣднія послужатъ, если хотите, нашимъ главнымъ предметомъ изслѣдованія; но параллельно съ ними мы изложимъ исторію тѣхъ трофическихъ разстройствъ, которыхъ исходной точкой слѣдуетъ считать болѣзненныя измѣненія периферическихъ нервовъ. Спрашивается, не въ томъ ли состоитъ одно изъ величайшихъ преимуществъ сравнительнаго метода, при которомъ мы пользуемся свѣтомъ контраста? Чтобъ ограничить поле нашихъ изслѣдованій, мы будемъ довольствоваться только тѣми трофическими разстройствами, которыя появляются, такъ сказать, въ *районѣ пораженнаго нерва;* что же касается измѣненій питанія, проявляющихся, вслѣдствіе рефлексовъ на болѣе или менѣе отдаленномъ пространствѣ и притомъ въ области нервовъ, которые не были непосредственно поражены первичнымъ заболѣваніемъ, то хотя эти послѣдовательныя разстройства и составляютъ весьма интересный предметъ, но онъ долженъ быть изслѣдованъ особенно.

II.

Когда я началъ говорить, Мм. Гг., о разстройствахъ питанія, рождающихся подъ вліяніемъ заболѣваній нервныхъ центровъ и нервовъ, большей части изъ васъ, безъ сомнѣнія,

пришла на память соотвѣтствующая проблемма, составляющая предметъ изысканій нормальной физіологіи.

Въ патологіи существуетъ безспорный фактъ зависимости этихъ трофическихъ разстройствъ отъ болѣзненныхъ измѣненій нервныхъ центровъ и нервовъ. Я надѣюсь, по крайней мѣрѣ, доказать вамъ это. А между тѣмъ физіологія, основываясь даже на новѣйшихъ работахъ, учитъ насъ, какъ вы знаете, *что питаніе различныхъ частей тѣла въ нормальномъ состояніи не зависитъ существеннымъ образомъ отъ нервной системы.*

Противучѣчіе здѣсь кажется формальнымъ, оно между тѣмъ только видимое. Я попытаюсь доказать вамъ это. Съ этой цѣлью мнѣ необходимо будетъ сдѣлать здѣсь небольшое отступленіе въ область экспериментальной физіологіи. Вамъ извѣстно какія доказательства приводятся для подтвержденія того факта, что химическіе процессы молекулярнаго обновленія, состовляющіе питаніе, не находятся подъ непосредственнымъ вліяніемъ нервной системы. Доказательства эти принадлежатъ къ различнымъ категоріямъ.

1) Самые сложные процессы питанія совершаются въ извѣстныхъ организмахъ безъ вмѣшательства нервной системы. Такимъ образомъ растительные организмы, нѣсколько нисшихъ животныхъ (protozoaires), лишенные вовсе нервной системы, живутъ тѣмъ не менѣе весьма дѣятельной жизнью. Въ зародышѣ также совершаются процессы органической жизни въ тотъ періодъ своего развитія, когда онъ лишенъ всѣхъ элементовъ нервной системы.

2) Кромѣ того указываютъ еще на то обстоятельство, что нѣкоторыя ткани, даже у высшихъ животныхъ, совершенно лишены нервовъ и сосудовъ. Какъ примѣръ сказанному достаточно указать на эпителіальныя ячейки, хрящи, которые тѣмъ не менѣе, подъ вліяніемъ патологической причины, дѣлаются мѣстомъ настоящей пролиферації, что, безъ сомнѣнія, служитъ доказательствомъ возможности весьма энергическаго питанія въ этихъ тканяхъ [1]).

---

[1]) Вся органическая жизнь животныхъ или другими словами, все происходящее въ животномъ, безъ вмѣшательства чувствованія или умственнаго акта, можетъ совершаться безъ содѣйствія нервной системы и выражаться безъ соотвѣтственныхъ матеріальныхъ измѣненій этой системы; подобно тому какъ отправленія кровообращенія, питанія, отдѣленія совершаются съ полнымъ совершенствомъ въ самыхъ нисшихъ животныхъ, въ которыхъ мы не находимъ вовсе нервной системы, такъ точно

3) Наконецъ, еще болѣе доказательные факты могутъ быть приведены изъ области экспериментальной физіологіи. Вы знаете, что периферическія части, какъ то: мускулы, кости членовъ, продолжаютъ жить и питаться почти какъ при нормальныхъ условіяхъ цѣлости и послѣ перерѣзки направляющихся въ эти органы нервовъ, а даже и послѣ разрушенія спиннаго мозга. Въ этихъ случаяхъ разстройства питанія наступаютъ въ этихъ частяхъ лишь чрезъ *продолжительное* время. Эти разстройства, бывающія по большей части *пассивнаго* характера, очевидно зависятъ отъ бездѣйствія парализованныхъ частей, такъ какъ перерѣзкой нервовъ эти части совершенно изъяты изъ вліянія нервной системы на нихъ. Въ самомъ дѣлѣ тоже самое замѣчается при сообщеніи членамъ *неподвижнаго положенія*, хотя проводники нервной системы въ этихъ случаяхъ не подвергаются никакому непосредствен-

---

всѣ отправленія совершаются въ растеніяхъ, для которыхъ не существуетъ вовсе основаній допускать существованія нервовъ". (Brit. and. For. Med. Chir. Rev. Vol. III, 1837, стр. 9—10. Carpenter, Principles of human Physiology, Philadelphia, 1855, стр. 58).

Вотъ разборъ въ краткихъ словахъ работы Ш. Робена, въ которомъ изложены господствующія воззрѣнія на счетъ совершенно индифферентной роли нервной системы въ питаніи: „химическіе процессы, составляющіе молекулярное обновленіе въ животномъ организмѣ, другими словами—питаніе—не находятся подъ непосредственнымъ вліяніемъ нервовъ. Здѣсь не можетъ быть вопроса о вліяніи нервовъ на ткани, которое можно бы сравнить съ вліяніемъ электричества на химическіе процессы нервовъ, проходящихъ до анатомическихъ внѣ-сосудистыхъ элементовъ, какъ напр. эпителіевъ. Такимъ образомъ не существуетъ вовсе нервовъ подобныхъ тѣмъ которые оканчиваются въ мышечныхъ волокнахъ Причина акта питанія лежитъ въ самыхъ анатомическихъ элементахъ; въ растеніяхъ, при полномъ отсутствіи нервной системы, мы видимъ какъ ткани разбухаютъ, ячейки ростутъ и множатся. У зародыша шейки роздаются и увеличиваются, до появленія какихъ либо периферическихъ нервовъ. Поэтому питаніе составляетъ общее свойство анатомическихъ элементовъ, какъ животныхъ, такъ и растительныхъ. Самое отдѣленіе жидкихъ веществъ есть свойство присущее анатомическимъ элементамъ, какъ ужъ это знали Бленвиль, А. Контъ. У высшихъ животныхъ и въ случаяхъ переноса лоскута у животныхъ совершенно очевидно, что питаніе тканей совершенно независимо отъ нервной системы". Нарушеніе отдѣлительныхъ процессовъ, процессовъ всасыванія, затвердѣнія, размягченія, гипертрофіи и другія послѣдствія болѣзней нервовъ составляютъ результатъ циркуляціонныхъ разстройствъ при посредствѣ сосудодвигательныхъ нервовъ прямо возбужденныхъ рефлекторнымъ путемъ, а не слѣдствіе дѣйствія нервовъ, которые имѣли бы, на подобіе электричества, вліяніе на молекулярные или химическіе процессы усвоенія или разложенія въ области извѣстныхъ размѣровъ, внѣ ихъ поверхности. (Journal de l'anatomie 1867, стр. 275—300).

ному измѣненію. Эти пассивныя разстройства, о которыхъ намъ придется говорить при различныхъ паралитическихъ болѣзняхъ, не должны быть смѣшиваемы съ трофическими разстройствами, о которыхъ теперь идетъ рѣчь. Всѣ они впрочемъ могутъ отличаться другъ отъ друга нѣкоторыми своеобразными чертами. Эти послѣднія характеризуются почти всегда, по крайней мѣрѣ въ извѣстные періоды ихъ развитія, явленіями воспалительнаго раздраженія. Съ самаго начала, что бываетъ чаще всего, они имѣютъ характеръ воспаленій; они могутъ, какъ мы и увидимъ, повлечь за собой развитіе изъязвленія, гангрены или некроза. Кромѣ того, они всѣ по большей части преставляютъ одну общую черту, а именно, они развиваются съ значительной быстротой вслѣдъ за пораженіемъ нервовъ или центровъ, вызвавшихъ эти разстройства. Быстрота развитія припадковъ бываетъ иногда даже невѣроятной. Такимъ образомъ часто наблюдаютъ появленіе пролежней на крестцѣ, уже на другой или третій день послѣ перелома позвоночника съ сжатіемъ или раздраженіемъ спиннаго мозга.

Поэтому можно сказать вообще, что различіе между *пассивными* разстройствами, зависящими отъ одного только функціональнаго бездѣйствія и между *трофическими разстройствами*, наступающими вслѣдствіе извѣстныхъ пораженій нервныхъ центровъ чрезвычайно характерно и явно. Первыя развиваются медленно и не носятъ въ себѣ, по большей части, никакого воспалительнаго отпечатка, вторыя же развиваются иногда внезапно и представляютъ, по крайней мѣрѣ въ началѣ процесса, явно воспалительный характеръ.

Позвольте мнѣ напомнить вамъ, Мм. Гг., въ общихъ чертахъ нѣкоторые изъ опытовъ, на которые я выше намекнулъ и которые доказываютъ, что спинный мозгъ и нервы не имѣютъ прямаго или непосредственнаго вліянія на питаніе периферическихъ частей.

1) Одинъ изъ первыхъ опытовъ относится къ перерезкѣ *сѣдалищнаго нерва* у млекопитающихъ. Шредеръ фанъ-деръ-Колькъ одинъ изъ первыхъ, сдѣлавшій этотъ опытъ, приписывалъ разстройства питанія, развивающіяся довольно быстро въ соотвѣтствующей конечности, отсутствію дѣйствія нервной системы, слѣдующему за перерѣзкой нерва. Браунъ-Секаръ, повторившій этотъ опытъ въ 1849 году на морскихъ свинкахъ и кроликахъ, доказалъ, что эти трофическія разстройства, наступающія чрезъ нѣсколько дней и состоящія изъ пришуханія конечности тѣла, изъязвленія пальцевъ, потери ногтей, раз-

виваются въ сущности потому, что животное потеряло способность устранять отъ пораженной параличемъ конечности дѣйствіе наружныхъ вліяній, треніе о твердую или неровную почву, такъ какъ членъ, вслѣдствіе перерѣзки сѣдалищнаго нерва, лишенъ движенія и чувствительности. Когда же животное, взятое для опыта, было окружено необходимыми предосторожностями, напримѣръ заперто въ ящикъ, дно котораго было посыпано толстымъ слоемъ отрубей, то въ сферѣ питанія конечности нельзя было констатировать никакихъ измѣненій, если не причислить къ нимъ болѣе или менѣе выраженной атрофіи, развивающейся впрочемъ чрезъ болѣе продолжительное время [2]).

Эта атрофія, появляющаяся вслѣдствіе перерѣзки сѣдалищнаго нерва очевидно зависитъ отъ функціональнаго бездѣйствія члена, она выражается не только въ мышцахъ, но и на костяхъ и на самой кожѣ, какъ уже замѣчено было Ж. Рейдомъ. Она не наступаетъ вовсе, если по примѣру Рейда, при полной перерѣзкѣ сѣдалищнаго нерва, ежедневно пропускать гальваническій токъ чрезъ мышцы парализованнаго члена.

2) Полная перерѣзка тройничнаго нерва, сдѣланная еще въ черепѣ, даетъ результаты совершенно аналогичные результатамъ послѣ перерѣзки сѣдалищнаго нерва. Вы знаете, что болѣзненныя измѣненія въ глазу, появляющіяся у животныхъ, вслѣдствіе этой операціи и которыя объяснялись прежде нѣкоторыми физіологами, какъ послѣдствія исчезанія трофическаго вліянія тройничнаго нерва, нынѣ сведены, послѣ опытовъ Снеллена (въ 1857 г.) и новѣйшихъ Бютнера (1862 г.) къ вліянію анестезіи, подвергающей части, лишенныя чувствительности, различнымъ травматическимъ инсультамъ. Если послѣ перерѣзки тройничнаго нерва защитить глазъ по методу Снеллена, фиксируя надъ нимъ ухо той же стороны, оставшееся здоровымъ, т. е. сохранившимъ чувствительность или если, по методу Бютнера, покрыть его пластинкой толстой кожи, въ роговицѣ не образуется никакихъ трофическихъ

[2]) Brown-Séquard.—Sur les altérations pathologiques qui suivent la section du nerf sciatique, въ Comptes rendus des séances de la Société de Biologie, t, I, 1849, p. 136, и Experimental Researches applied to Physiology and Pathology. New-York. 1853 г. стр. 6. Послѣ перерѣзки смѣшаннаго нерва, атрофія мускуловъ наступаетъ вообще, какъ у человѣка, такъ и у всѣхъ млекопитающихъ не раньше какъ чрезъ мѣсяцъ, въ видѣ легкой степени исхуданія. Два мѣсяца спустя атрофія болѣе выражена; она сильно развита чрезъ 3 мѣсяца. (Magnien, thèses de Paris, 1866, стр. 19).

разстройствъ; извѣстная степень гипереміи невропаралитическаго свойства показывается на радужной оболочкѣ, а также на соединительной—вотъ всѣ тѣ измѣненія, которыя наблюдаются послѣ полной перерѣзки тройничнаго нерва, если глазъ былъ прилично защищенъ [3]).

3) Что касается спиннаго мозга, то можно считать доказаннымъ, что полная поперечная перерѣзка его или даже разрушеніе его на извѣстномъ протяженіи не влечетъ за собой немедленныхъ разстройствъ питанія въ парализованныхъ членахъ, если только разрушеніе это не сопровождается продолжительнымъ воспаленіемъ. Браунъ-Секаръ доказалъ, что изъязвленія, образующіяся довольно быстро у млекопитающихъ и у птицъ возлѣ половыхъ органовъ, послѣ полной поперечной перерѣзки спиннаго мозга, не зависятъ у нихъ непосредственно отъ потери нервныхъ возбудителей; они зависятъ отъ продолжительнаго давленія и соприкосновенія съ измѣненной мочей и фекальными массами. Заднія конечности у котенка, который жилъ еще три мѣсяца послѣ полной перерѣзки поясничной части спиннаго мозга, развились вполнѣ нормально; отправленія органической жизни этихъ членовъ развивались повидимому согласно ихъ физіологическимъ условіямъ; ростъ шерсти и когтей имѣлъ мѣсто, какъ у здороваго животнаго [4]).

Валентинъ говоритъ, что у млекопитающихъ или у лягушекъ, коихъ задняя часть спиннаго мозга была разрушена, электросократительность сохраняется въ конечностяхъ до самой смерти, т. е. впродолженіи нѣсколькихъ недѣль, даже нѣсколькихъ мѣсяцевъ [5]).

Вообще же мы видимъ, что у животныхъ, у которыхъ спинной мозгъ подвергся поперечной перерѣзкѣ или разрушенію одной части, развиваются изъязвленія, даже пролежни тѣхъ частей, которыя преимущественно подвергаются давленію или нажатію; но эти мѣстныя явленія всегда легко сводятся на счетъ анестезіи и двигательнаго паралича, вслѣдствіе которыхъ животное подвергается продолжительное время дѣйствію разложенной мочи, а также поврежденіямъ, вслѣдствіе

---

[3]) Ср съ этой цѣлью опыты Шиффа въ диссертаціи Гаузера: Nouvelles recherches relatives á l'influence du système nerveux sur la nutrition. Paris, 1858 г.

[4]) Brown-Séquard. Loc. cit., стр. 14, 15, 16.

[5]) Valentin. Versuch einer physiologischen Pathologie der Nerven 2. Abth., стр. 43. Leipzig. 1864.

наносимыхъ себѣ вездѣ толчковъ и проч. Что касается атрофіи, которая образуется чрезъ болѣе продолжительное время въ парализованныхъ членахъ, она должна быть единственно отнесена на долю функціональной инерціи, на которую осуждены парализованные члены, подобно тому какъ мы видѣли это при перерѣзкѣ сѣдалищнаго нерва.

Изъ всей совокупности фактовъ, взятыхъ изъ экспериментальной физіологіи, слѣдуетъ, какъ вы видите, что отсутствіе дѣйствія нервной системы, вызванное полной перерѣзкой периферическихъ нервовъ или частичнымъ разрушеніемъ спиннаго мозга, не влечетъ за собой въ анатомическихъ элементахъ парализованныхъ членовъ, другихъ разстройствъ питанія, какъ только тѣ, которыя развились бы въ этихъ элементахъ подъ вліяніемъ продолжительной недѣятельности—функціональной инерціи.

Открытіе сосудодвигательныхъ нервовъ и вліянія, оказываемаго параличемъ этихъ нервовъ, не могло измѣнить этой формулы въ существенныхъ чертахъ. Въ самомъ дѣлѣ, нынѣ доказано, что невропаралитическая гиперемія, не смотря на степени ея развитія, не въ состояніи сама по себѣ вызвать разстройства питанія тканей. Безъ сомнѣнія, эта гиперемія, какъ замѣчаетъ Шиффъ, обусловливаетъ извѣстное предрасположеніе къ воспаленіямъ, которыя могутъ развиться самопроизвольно, какъ это по крайней мѣрѣ повидимому кажется, у оперированнаго животнаго или отъ сравнительно незначительныхъ причинъ раздраженія у здороваго животнаго. Но эти разстройства питанія, имѣющія невропаралитическое происхожденіе, не должны быть совершенно сравниваемы съ трофическими разстройствами, составляющими спеціальный предметъ нашего сегодняшнаго чтенія; они образуютъ особенную категорію. Эти послѣднія, какъ мы это еще не разъ увидимъ, обыкновенно образуются и проходятъ всѣ фазы своего развитія безъ предшествующихъ имъ или сопровождающихъ ихъ симптомовъ паралитическаго или противуположнаго ему состоянія сосудодвигательныхъ нервовъ. Въ настоящее время мы не можемъ входить въ подробности этого вопроса, которымъ мы займемся еще впослѣдствіи.

III.

Если болѣзни, ведущія къ уничтоженію или прекращенію дѣйствія нервной системы, не вызываютъ въ отдаленныхъ мѣстностяхъ другихъ разстройствъ питанія, кромѣ тѣхъ, которыя могутъ быть обусловлены продолжительнымъ бездѣйствіемъ органовъ, то совсѣмъ иначе бываетъ, *послѣ болѣзненныхъ измѣненій, которыя вызываютъ въ нервахъ или въ нервныхъ центрахъ чрезмѣрное усиленіе ихъ свойствъ, раздраженіе нервовъ, воспаленіе.*

Этотъ фактъ, мм. гг., имѣетъ капитальное значеніе: онъ въ дѣйствительности ведетъ къ разрѣшенію занимающаго насъ вопроса. Принципъ, на которомъ построенъ этотъ фактъ, открытый Браунъ-Секаромъ, весьма часто, если я не ошибаюсь, не былъ достаточно, оцѣниваемъ какъ физіологами, такъ и патологами [6]). Мы ниже увидимъ, что патологія представляетъ не мало фактовъ и убѣдительныхъ аргументовъ въ пользу высказаннаго нами положенія; зато намъ придется все менѣе и менѣе искать подтвержденія для него въ опытахъ надъ животными Причину эту слѣдуетъ искать, безъ сомнѣнія, въ томъ обстоятельствѣ, что у этихъ послѣднихъ нервная ткань лучше противустоитъ, чѣмъ у человѣка, различнымъ вліяніямъ раздраженія и воспаленія. Всѣмъ экспериментаторамъ извѣстно въ самомъ дѣлѣ, что травматическія поврежденія, даже самыя значительныя, весьма рѣдко вызываютъ у большей части животныхъ сколько-нибудь продолжительный міэлитъ или невритъ, которые можно бы сравнить съ такими же процессами у человѣка, у котораго они развиваются отъ весьма незначительныхъ поврежденій или болѣзнетворныхъ причинъ.

Опыты, которые бы указывали, что травматическія поврежденія съ раздраженіемъ нервныхъ тканей въ состояніи вызвать разнообразныя трофическія разстройства въ частяхъ тѣла въ которыхъ онѣ распредѣлены, весьма малочисленны, какъ мы сказали выше. Они почти всѣ относятся къ 5-й парѣ нервовъ. Во первыхъ, я вамъ представлю здѣсь краткій резюме одного эксперимента Самуэля, который, я самъ не знаю по-

---

[6]) Note sur quelques cas d'affection de la peau, dépendant d'une influence du système nerveux, par le docteur Charcot, suivie de Remarques sur le mode d'influence du système nerveux sur la nutrition, par le docteur Brown-Séquard. (Journ. de physiologie. t. II. n° 5. Janvier 1859, стр. 108).

чему, обходится молчаніемъ большей частью физіологовъ. Втыкаютъ кролику 2 иголки въ Гассерово гангліозное сплетеніе и по нимъ пропускаютъ индуктивный токъ; тотчасъ же наблюдается болѣе или менѣе выраженное съуженіе зрачка и въ тоже время сосуды соединительной оболочки слегка инъецируются; отдѣленіе слезъ усиливается. Чувствительность вѣкъ, роговой и соединительной оболочекъ значительно возвышается. Послѣ операціи, съуженіе зрачка продолжается еще, хотя и въ меньшей степени, гиперестезія же глаза усиливается еще болѣе. Воспалительный процессъ вообще начинаетъ развиваться спустя 24 часа послѣ травмы, интензивность его возрастаетъ на 2-й и 3-й дни, затѣмъ уменьшается прогрессивно. При этомъ экспериментѣ мы можемъ наблюдать всѣ степени офтальміи, начиная съ легкаго конъюнктивита до самой жестокой бленнорреи. Чувствительность постоянно возрастаетъ и гиперестезія можетъ достигнуть такой степени, что при малѣйшемъ прикосновеніи къ глазу, у животнаго начинаются общія судороги. Роговица подвергается общему помутнѣнію и кромѣ того на ней развиваются маленькія изъязвленія или одна язвина овальной формы, располагающаяся посрединѣ роговицы. Въ одномъ случаѣ образовалось маленькое скопленіе гноя въ передней камерѣ глаза. Кромѣ гипереміи, въ радужной оболочкѣ не замѣчаютъ никакихъ патологическихъ измѣненій, а равно ни измѣненій цвѣта ея, ни сращеній.

Во всѣхъ случаяхъ ясно выражена гиперестезія глазныхъ вѣтвей пятой пары. Очевидно, что въ этихъ случаяхъ нельзя будетъ сводить эти факты, какъ въ опытахъ Снеллена и Бютнера, на анестезію—для объясненія трофическихъ разстройствъ, развивающихся въ недостаточно защищенномъ глазѣ [7]).

Вслѣдствіе неудавшейся перерѣзки тройничнаго нерва, Мейсснеръ наблюдалъ въ глазу, сохранившемъ впрочемъ свою дѣятельность, весьма ясно выраженныя трофическія разстройства: авторъ съ особеннымъ удареніемъ указываетъ на то, *что этимъ разстройствамъ не предшествовало ни слѣда невропаралитической гимереміи.* Вскрытіе показало, что только средняя часть (внутренняя) тройничнаго нерва подверглась перерѣзкѣ невротомомъ [8]). Шиффъ съ своей стороны приво-

[7]) S. Samuel. Die Trophischen Nerven.—Leipzig, 1860, p. 61.
[8]) G. Meissner, Ueber die nach der Durschneidung des Trigeminus am

дитъ въ подтвержденіе наблюденія Мейсснера 4 случая, относящіеся къ частичнымъ поврежденіямъ тройничнаго нерва въ черепѣ, въ которыхъ воспаленіе глаза развилось не смотря на сохраненіе имъ чувствительности [9]).

Мы видѣли въ опытахъ Самуэля, что трофическія разстройства наступали въ глазу, вслѣдствіе раздраженія индуктивнымъ токомъ пятой пары; вѣроятно, что и въ опытахъ Мейсснера и Шиффа разстройства глаза обусловлены были воспалительнымъ раздраженіемъ, развивающимся въ нервѣ, вслѣдстіе частичной его перерѣзки. Въ подтвержденіе этого объясненія опыта, я замѣчу вамъ, что у человѣка частичныя перерѣзки нерва скорѣе вызываютъ въ нервѣ ирритативный процессъ, чѣмъ полныя его перерѣзки. Это извѣстно уже давно хирургамъ. Можно допустить, что въ извѣстной степени тоже имѣетъ мѣсто у животныхъ [10]).

Я сопоставлю тотчасъ же съ этими фактами наблюденія, сдѣланныя у человѣка, къ которымъ мнѣ придется вернуться впослѣдствіи; они касаются тройничнаго нерва. Они показываютъ, также какъ и предыдущіе опыты, что разстройства, вызванныя раздраженіемъ этого нерва, развившіяся самопроизвольно, могутъ произвести въ глазу весьма явныя трофическія измѣненія, сопровождаемыя анестезіей.

Женщина, 57 лѣтъ отъ роду, которой исторія болѣзни приводится Бокомъ [11]), страдала цѣлый годъ жестокими болями въ правой сторонѣ щеки, которыя будучи сначала перемежаю-

---

Auge des Kaninchens eintretende Ernaehrungstoerung. Henle und Pfeuffer's Ztsch. (3) XXIX, 96—104.—Centralblatt, 1867, стр. 265, Gaz. hebdomad. 1867, стр. 634.

[9]) M Schiff. Henle's Zeitsch. (3) XXIX, 217—229. Centralblatt, 1867, стр. 655.—Gaz. hebdomad. 1857, 634.

[10]) Не таково объясненіе, приводимое Мейсснеромъ для своего опыта. Онъ предполагаетъ, что самыя внутреннія волокна только одни перерѣзанныя въ его опытѣ, имѣютъ особенное вліяніе на питаніе глаза. Онъ основываетъ свое толкованіе на томъ обстоятельствѣ, что въ трехъ случаяхъ подобной неловкой перерѣзки тройничнаго нерва, но въ которыхъ остались цѣлыми внутреннія волокна, въ глазу не развились трофическія разстройства, хотя онъ, потерявъ чувствительность, не могъ предохранять себя отъ вредныхъ наружныхъ вліяній. Мы думаемъ, что для полной оцѣнки толкованій Мейсснера, намъ необходимо будетъ еще много разъ повторять неполныя перерѣзки.

[11]) Bock. Ugeskrift for Laeger, 1842, VII. стр. 481. Извлеченіе у Ганновера, Jahresbericht, Mueller's Archiv. 1844, стр. 47, и Schiff's Untersuchungen zur Physiologie des Nervensystems mit Berücksichtigung der Pathologie. Frankfurt am Main. 1855, стр. 63, 64.

щимися, приняли впослѣдствіи постоянный характеръ; на лицѣ ни разу не исчезала полная чувствительность; легкое давленіе, правда, было мало осязаемо, зато сильное вызывало значительную боль. Соединительная оболочка праваго глаза была инъецирована, а роговица въ нижней своей части представляла гипертрофическое изъязвленіе, имѣвшее 2 линіи въ длину; роговица представляла къ тому же общее помутнѣніе. Впослѣдствіи изъязвленіе сдѣлалось глубже, степень помутнѣнія увеличилась. Наконецъ наступило прободеніе роговицы, при давленіи изъ глаза вытекла гноевидная жидкость. Больная умерла внезапно. Вскрытіе обнаружило утолщеніе и затвердѣніе Гассерова гангліознаго сплетенія. Три вѣтви праваго тройничнаго нерва были различнымъ образомъ утолщены до самаго выхода ихъ изъ костнаго отверстія.

Слѣдующій случай извлеченъ изъ описанія Фридрейха [12]). Человѣкъ, 65 лѣтъ отъ роду, былъ внезапно пораженъ правой гемиплегіей съ потерей чувствительности на тойже сторонѣ. Нѣсколько недѣль до этого удара, онъ чувствовалъ легкія стрѣляющія боли въ лѣвомъ глазномъ яблокѣ и съ лѣвой стороны лица. Эти боли быстро и значительно усилились послѣ апоплектическаго удара. Въ тоже время соединительная оболочка лѣваго глаза наинъецировалась кровью; вмѣстѣ съ тѣмъ усилилось отдѣленіе слезъ; еще позже соединительная оболочка покрылась мѣстами псевдомембранознымъ и гноевиднымъ эксудатомъ; лѣвый зрачекъ, хотя и весьма съуженный, реагировалъ еще на свѣтовое раздраженіе. Чувствительность лѣвой стороны лица оставалась все время нормальной.

При вскрытіи найдена было на поверхности средней мозговой ножки (pedunculus cerebri) цѣлая масса маленькихъ саркоматозныхъ опухолей; вся эта масса не превышала величины лѣснаго орѣха. Смежное мозговое вещество, особенно у мозжечка, было налито кровью и размягчено. Лѣвый тройничный нервъ, у выхода своего изъ основанія мозга, былъ краснымъ и приплюснутымъ опухолью.

Можно бы привести значительное число аналогическихъ упомянутымъ выше фактамъ, но для нашей настоящей цѣли и этихъ будетъ достаточно [13]).

---

[12]) Friedreich, Beitraege zur Lehre von den Geschwülsten innerhalb der Schaedelhœhle. Wuerzburg. 1853, стр. 15, и Schiff's Untersuchungen, etc. стр. 100

[13]) Факты, относящіеся къ разстройству питанія, вслѣдствіе самопроизвольныхъ измѣненій пятой пары, весьма многочисленны у человѣка. Мы

На другихъ нервахъ,по мимо пятой пары, можно лишь весьма рѣдко видѣть появленіе трофическихъ разстройствъ въ области периферіи, вслѣдствіе экспериментальныхъ поврежденій нервовъ. Однако, въ видѣ примѣра мы можемъ упомянуть о замѣчательныхъ явленіяхъ, вызываемыхъ поврежденіемъ нервовъ, направляющихся въ почки и разстроивающихъ питаніе этого органа. Извѣстно, что нѣкоторые изъ физіологовъ-изслѣдователей (Кримеръ, Браше, Мюллеръ, Пейперсъ, А. Моро и Виттихъ) увѣряютъ, что они, почти безъ исключенія, въ состояніи были вызвать болѣе или менѣе глубокія разстройства почекъ, помощью этихъ поврежденій, между тѣмъ другіе (П. Бертъ и Германнъ) получили только отрицательные результаты, производя опыты, повидимому, при тождественныхъ условіяхъ.

хотѣли только привести тѣ изъ нихъ, въ которыхъ было безспорно констатировано сохраненіе чувствительности въ лицѣ; два слѣдующихъ случая заслуживаютъ также быть упомянутыми, хотя они и менѣе очевидны въ этомъ отношеніи, чѣмъ факты Бока и Фридрейха. Здоровый мущина, вслѣдствіе удара по головѣ, началъ страдать сильными болями правой стороны головы, отъ времени до времени у него начали появляться припадки падучей болѣзни. Позднѣе боли локализировались у него въ правомъ глазу и правомъ ухѣ. Глазъ сдѣлался краснымъ, припухшимъ, выдающимся, хотя и прикрытымъ верхнимъ парализованнымъ вѣкомъ. Роговица помутнѣла; раекъ потерялъ совершенно свою подвижность, находясь въ сокращеніи, цвѣтъ его коричневый, перешелъ позже въ зеленоватый. Роговица съ теченіемъ времени потеряла совершенно свою прозрачность. Вскрытіе обнаружило присутствіе многихъ стеатомъ величиной съ фасоль или миндаль на нижней сторонѣ переднихъ и среднихъ долей съ правой стороны. Ganglion Gasseri и три вѣтви тройничнаго нерва покрыты хрящевидной, неуступчивой массой. N. oculomotorius сжатъ. Цвѣтъ его измѣненъ Къ несчастью въ этомъ случаѣ не обозначено состоянія чувствительности лица (F. A. Landmann, Commentatio pathol.-anatomica exhibens morbum cerebri oculique singularem; in-4°, Leipzig, 1820 и Schiff's Untersuchungen, стр. 51). Въ извѣстномъ случаѣ описанномъ Серромъ (Journal de physiologie, V. 1825, стр. 233, и въ Anatomie comparée du cerveau, II, стр. 67), несмотря на глубокія измѣненія гангліознаго Гассерова сплетенія и корней толстой части тройничнаго нерва, чувствительныя волокна нерва не были парализованы, такъ какъ вся поверхность лица сохранила свою чувствительность. Только правый глазъ и внутренняя поверхность вѣкъ потеряли одни чувствительность, а равно и правая половина языка. Въ этомъ случаѣ имѣло мѣсто острое воспаленіе глаза съ отекомъ вѣкъ и сначала легкимъ, а позже полнымъ помутнѣніемъ роговицы. Ganglion Gasseri правой стороны представлялся желтосѣроватымъ по цвѣту, припухшимъ, пропитаннымъ серозной жидкостью. Часть его, изъ которой выходитъ nervus ophtalmicus, была красной и сильно инъецированной. Цвѣтъ корней толстой вѣтви нерва былъ грязноватый, составляя контрастъ съ малой вѣтвью, оставшейся здоровой. Три нерва, по выходѣ изъ гангліознаго сплетенія, представляли желтую окраску, которая прекращалась по выходѣ изъ черепа.

Можетъ быть, по крайней мѣрѣ отчасти, можно объяснить себѣ странное противурѣчіе слѣдующимъ образомъ: почечныя разстройства не наступили бы вовсе при полной, совершенной перерѣзкѣ нервовъ; они проявляются напротивъ или вѣрнѣе могутъ развиваться при неполной перерѣзкѣ ихъ или въ тѣхъ случаяхъ, когда скальпель замѣняютъ прижигающими средствами, напр. амміакомъ (Корренте, Шиффъ); всѣ эти условія особенно благопріятны для развитія въ нервахъ болѣе или менѣе значительнаго раздраженія или даже настоящаго воспалительнаго процесса [14]). Съ этой точки зрѣнія вопросъ этотъ заслуживалъ бы можетъ быть новаго изслѣдованія.

Мы выше упоминали о результатахъ поперечныхъ разрѣзовъ, частичныхъ разрушеній спиннаго мозга, на сколько это касалось питанія частей, лишенныхъ чувствительности и движенія, вслѣдствіе разсматриваемыхъ нами перерѣзокъ. Мы говорили, что въ тѣхъ случаяхъ, когда операціи эти не приводятъ къ развитію въ повреждаемыхъ частяхъ спиннаго мозга воспалительнаго процесса, что имѣетъ впрочемъ мѣсто въ громадномъ большинствѣ случаевъ, то мы просто констатируемъ очень медленно наступающую атрофію мышцъ въ парализованныхъ частяхъ, а также изъязвленія кожи, можетъ быть, даже развитіе омертвѣнія кожи, обусловленныя треніемъ о твердую или шороховатую поверхность почвы, отъ соприкосновенія съ разложившеюся мочей, отъ недостатка чистоплотности; короче сказать, всѣ тѣ послѣдствія, которыя влечетъ за собой функціональная инерція или недѣятельность заднихъ конечностей у животныхъ и только одни эти послѣдствія. Зато картина совершенно измѣняется, если вслѣдствіе обстоятельствъ, которыхъ мы не можемъ предвидѣть и которыхъ мы еще не умѣемъ до сихъ поръ воспроизвести по нашей волѣ, воспаленіе разовьется по сосѣдству съ поврежденными частями спиннаго мозга. Въ этихъ случаяхъ дѣйствительно, какъ доказалъ Браунъ-Секаръ и какъ мнѣ приходилось въ свою очередь нѣсколько разъ наблюдать, измѣненія въ мышцахъ развиваются весьма быстро; эти разстройства питанія уже явно выражены нѣсколько дней спустя послѣ операціи. Вскорѣ исхуданіе и атрофія мышцъ дѣлаются очевидными и они быстро достигаютъ высокой степени; на кожѣ весьма быстро показывается сыпь, которая скоро ведетъ къ ея изъязвленію и омертвѣнію, несмотря на всѣ самыя тщательныя предосторожности въ отношеніи къ опрятности содержанія

[14]) См. Zeitschrift für rat. Medic. 35 Bd., стр. 343.

кожи. Эти изъязвленія развиваются въ особенности на частяхъ подверженныхъ прижатію, тренію или продолжительному соприкосновенію съ мочей. Тѣмъ не менѣе они могутъ развиваться и внѣ всѣхъ этихъ внѣшнихъ условій, хотя такіе случаи рѣдки [15]).

Я могъ бы сообщить еще много подробностей о трофическихъ разстройствахъ, зависящихъ отъ травматическаго воспаленія спиннаго мозга у животныхъ; но мы еще возвратимся къ этому вопросу при изученіи міэлита, самопроизвольно развивающагося у человѣка.

Кромѣ того я желаю сколько возможно сократить наше отступленіе въ область экспериментальной физіологіи; въ настоящую минуту, если я не ошибаюсь, мы добыли одинъ несомнѣнный фактъ; дѣйствительно, изъ предыдущихъ указаній явствуетъ съ достаточною ясностью, что *отсутствіе дѣйствія нервной системы* не имѣетъ прямаго, непосредственнаго вліянія на питаніе периферическихъ частей; съ другой стороны, упомянутые опыты сообщаютъ большую вѣроятность тому основному положенію, по которому *болѣзненное возбужденіе, разраженіе* нервовъ или нервныхъ центровъ, напротивъ, можетъ, при извѣстныхъ условіяхъ, вызвать самыя разнообразныя трофическія разстройства въ периферіи.

Какимъ путемъ, какимъ механизмомъ это раздраженіе нервной системы отражается въ периферическихъ частяхъ и вызываетъ тамъ тѣ трофическія разстройства, въ подтвержденіе которыхъ мы привели нѣсколько примѣровъ? Зависятъ ли они отъ паралича или раздраженія вазомоторныхъ нервовъ? Или же эти разстройства зависятъ отъ раздраженія тѣхъ гипотетическихъ нервовъ, еще неизвѣстныхъ анатомамъ и обозначаемыхъ иногда названіемъ *трофическихъ нервовъ?* Эти вопро-

---

[15]) Въ этомъ смыслѣ, безъ сомнѣнія, т. е. при помощи воспаленія вокругъ поврежденнаго мѣста, нужно объяснять себѣ разстройства въ питаніи глаза, развивающіяся иногда у различныхъ животныхъ, которымъ сдѣлана была боковая перерѣзка половины спиннаго мозга въ спинной части. Болѣзни глаза (изъязвленіе, распаденіе роговицы, гнойный конъюнктивитъ), видѣнныя Браунъ-Секаромъ у морской свиньи (Comptes rendus de la Société de Bioclogie, t. II, 1850, стр. 134), замѣчены были Вульпіаномъ у лягушки, вслѣдствіе перерѣзки соотвѣтственной половины спиннаго мозга возлѣ продолговатаго мозга (устное сообщеніе). Онѣ не развиваются у всѣхъ животныхъ, оперированныхъ такимъ образомъ и весьма вѣроятно, что онѣ наступаютъ только въ тѣхъ случаяхъ, когда, вслѣдствіе перерѣзки, развивается воспалительный процессъ въ выше лежащемъ сегментѣ спиннаго мозга.

Новоторжскій Центральный Рабочій Клуб

сы мы разсмотримъ впослѣдствіи; въ настоящее время мы вернемся къ патологіи человѣка и тогда вы убѣдитесь, что принципъ, нашедшій себѣ подтвержденіе въ данныхъ экспериментальной физіологіи, можетъ быть примѣненъ съ вполнѣ очевидной ясностью. Этотъ принципъ будетъ нашей путеводной нитью; при помощи его мы поймемъ, — отчего, повидимому, сходныя болѣзненныя измѣненія, поражающія однѣ и тѣ-же мѣстности нервной системы или периферическихъ нервовъ, порождаютъ въ патологическихъ случаяхъ столь противуположные эффекты, даютъ, повидимому, противурѣчащіе результаты?

Трофическія разстройства, которыя составятъ предметъ нашего изслѣдованія, обусловливаются: 1) болѣзненными измѣненіями периферическихъ нервовъ; эти измѣненія бываютъ вызваны или травматической причиной, или развиваются самопроизвольно; 2) измѣненіями спиннаго мозга и продолговатаго мозга и 3) болѣзнями извѣстныхъ частей черепнаго мозга.

Трофическія разстройства, слѣдующія за поврежденіями нервовъ.

Остановимся сначала на болѣзненныхъ измѣненіяхъ нервовъ. Они представляютъ намъ самыя простыя условія къ ихъ изученію. Хирургія въ этомъ отношеніи даетъ намъ много драгоцѣнныхъ указаній, такъ какъ травматическія поврежденія нервовъ человѣка иногда сводятся у него подъ такія же несложныя условія, какъ и произведенныя при опытахъ на животныхъ.

А. Съ самаго начала я установилъ между этими травматическими поврежденіями основное различіе, важность котораго вы вскорѣ оцѣните сами: 1) поврежденіе заключается или въ полной перерѣзкѣ — и тогда результатъ его такой же, какъ и при отсутствіи нервнаго дѣйствія; 2) или же, въ другихъ случаяхъ, поврежденіе, происходя отъ ранъ, ушибовъ, растяженія, вызываетъ въ нервѣ состояніе раздраженія: въ этихъ-то случаяхъ развиваются тѣ трофическія разстройства, на которыя я обращаю ваше вниманіе. Займемся прежде всего фактами второй группы.

Травматическія поврежденія нервовъ, о которыхъ мы говоримъ, могутъ порождать болѣзненныя явленія, поражающія кожу, подкожную клѣтчатку, мускулы, суставы и кости. Послѣдняя американская война представила, какъ вы знаете, не мало случаевъ къ весьма важнымъ изслѣдованіямъ въ этомъ отношеніи. Они собраны С. В. Митчелемъ, Г. Р. Моргаузомъ и В. Киномъ [16]) въ очень интересной, ими изданной, книгѣ, къ которой мы не разъ будемъ обращаться. Кромѣ того, существуетъ весьма интересное изслѣдованіе о накожныхъ болѣзняхъ, развивающихся подъ вліяніемъ болѣзненныхъ измѣненій периферическихъ нервовъ. Этимъ весьма замѣчательнымъ изслѣдованіемъ мы обязаны ученику моему, д-ру Мужо [17]), къ сожалѣнію, преждевременно умершему. Я, разумѣется, не могу войти во всѣ подробности, а потому рекомендую всѣмъ тѣмъ изъ васъ, которые бы пожелали основательно изучить этотъ вопросъ, обратиться къ работѣ Мужо, гдѣ съ величайшей тщательностью собраны всѣ матеріалы и данныя, къ нему относящіяся.

а. Болѣзни кожи. Измѣненія, которыя могутъ быть вызваны травматическими поврежденіями на общихъ покровахъ, бываютъ двоякаго рода: 1) первыя состоятъ изъ сыпей разнообразной формы, но преимущественно мелко- или крупнопузырчатаго характера. Мы упомянемъ прежде всего о лишайной сыпи—zona (поясъ), которая наблюдается нерѣдко въ подобныхъ случаяхъ и которую потому можно бы назвать *zona traumatica*. Я въ прежнее время описалъ прекрасный примѣръ такой zonae, которую я наблюдалъ въ Шарите, у моего учителя Рейе [18]).—

[16]) S. Weir Mitchell, G. R. Morehouse and W. Keen. Gunshot wounds and other injuries of Nerves. Philadelphia. 1864. Извлеченіе въ Arch. générales de médecine, 1865. t. I Это сочиненіе переведено на французскій языкъ д-ромъ Дастръ (1874 г.).

[17]) J. B. A. Mougeot. Recherches sur quelques troubles de nutrition consécutifs aux affections des nerfs. Paris, 1867.

[18]) Человѣкъ, принятый въ отдѣленіе Рейе въ 1851 году, получилъ во время уличнаго боя въ 1848 году пулевую рану въ нижнюю наружную часть бедра. Спустя нѣсколько время послѣ излеченія раны, у больнаго появились сильныя боли въ голени, почти непрерывныя, хотя и усиливавшіяся приступами. Эти боли, которыя, повидимому, начинались съ рубца, распространялись на часть стопы и очевидно по направленію нервовъ. Эта невральгія, которая противустояла всѣмъ врачебнымъ средствамъ, сопровождалась нѣсколько разъ, во время пребыванія больнаго въ Шарите, высыпаніемъ лишайныхъ пузырковъ, расположенныхъ подобно herpes zoster и притомъ на кожѣ, болѣзненныхъ частей. (Charcot. Sur quelques cas d'affection de la peau, dépendant d'une influence du syst. nerveux. Journal de Physiog. t. II, 5. Janvier 1859). Въ томъ же

Американскіе хирурги описали подъ именемъ экзематозной сыпи одну форму накожной болѣзни, которая сходна съ предыдущей.

2) Затѣмъ слѣдуютъ пемфигообразныя сыпи, которымъ я представилъ также весьма наглядный примѣръ [19]). Такіе пузыри пемфигуса развиваются весьма быстро и появляются отъ времени до времени на различныхъ мѣстахъ общихъ покрововъ, соотвѣтственно распредѣленію пораженнаго нерва. Они оставляютъ по себѣ почти неизгладимые рубцы. Этого рода сыпи наблюдаются иногда на безобразныхъ рубцахъ; очень вѣроятно, что они развиваются въ такихъ случаяхъ, вслѣдствіе раздраженія, производимаго какой нибудь нервной вѣтвью, сжатой или ущемленной въ рубцовой ткани.

3) Въ 3-хъ, мы должны упомянуть о краснотѣ кожи, которая походитъ на пятна послѣ отмороженія (erythema pernio) и извѣстное припуханіе кожи и подкожной клѣтчатки, уже замѣченное Гамильтономъ, которое симулируетъ флегмону [20]) (*ложная флегмона*).

4) Затѣмъ слѣдуетъ накожная болѣзнь, которую американцы назвали *glossy skin*, т. е. въ дословномъ переводѣ: *гладкая* или *лоснящаяся кожа (peau lisse)*. Эта кожа въ пораженныхъ мѣстахъ дѣйствительно лосняща, блѣдна, анемична; потовыя желѣзы въ ней атрофированы, отдѣленіе ихъ уменьшено; кожица растрескана, ногти тоже растрескаиы и особеннымъ образомъ искривлены. Дѣло здѣсь въ сущности сводится на особенный воспалительный процессъ въ кожѣ, который ведетъ къ ея атрофіи и напоминаетъ то состояніе ея, которое наблюдается при *склеродерміи*.

журналѣ встрѣчается и другой аналогическій фактъ, описанный Руже: „Земледѣлецъ, перескакивая чрезъ ровъ, выстрѣлилъ себѣ, по неосторожности, во внутреннюю поверхность плеча; зарядъ состоялъ изъ крупной заячьей дроби. На днѣ раны видна была плечевая артерія, разорванная vena basilica и нѣсколько ушибленныхъ нервовъ, особенно накожный плечевой внутренній (n. brach. cutaneus internus). Рана зажила весьма скоро, но около 2 или 3 мѣсяцевъ спустя, на задней и внутренней поверхности предплечія показалась сыпь, похожая на zona, занимавшая поверхность въ 4 или 5 сантиметр. въ частяхъ предплечіи, лишенной чувствительности.“ Примѣры появленія zonae, вслѣдствіе ушибовъ, на мѣстахъ, соотвѣтствующихъ прохожденію нерновъ далеко не рѣдки (случай Оппольцера), послѣ большаго усилія (Тома). (См. Mougeot, loc. cit. стр. 38).

[19]) Charcot, loc. cit. Eruption particulière siégeant sur la face dorsale d'une main et des doigts, et probablement consécutive à la lésion des filets nerveux qui se distribuent à ces parties.

[20]) Mougeot, loc. cit. стр. 30.

б. Болѣзни мышцъ. Мышцы атрофируются, съ своей стороны, часто весьма быстро и теряютъ то совершенно, то отчасти свою электросократительность. Но этотъ предметъ будетъ нами еще особенно разсмотрѣнъ.

в. Болѣзни суставовъ. Въ суставахъ болѣзненное пораженіе нервовъ вызываетъ явленія, которыя напоминаютъ чрезвычайно полуострый суставной ревматизмъ. Эти суставныя страданія влекутъ за собой обыкновенно весьма быстро развитіе анкилоза.

г. Кости. При этихъ же условіяхъ развивается періоститъ, за которымъ часто слѣдуетъ некрозъ.

Далѣе мнѣ нѣтъ болѣе надобности заниматься этимъ общимъ перечисленіемъ послѣдовательныхъ болѣзней и сказаннаго достаточно для той цѣли, которую мы имѣли въ виду. Въ настоящее время намъ особенно важно разобрать, насколько это возможно, особенныя условія, подъ вліяніемъ которыхъ развиваются эти трофическія разстройства, слѣдующія за травматическими поврежденіями нервовъ.

Педжетъ одинъ изъ первыхъ обратившій вниманіе на эти болѣзни, не колеблясь сознается, что онъ не знаетъ ихъ причины[21]). Американскіе же хирурги, о которыхъ я только что упоминалъ, успѣли опредѣлить эти искомыя условія; ихъ свидѣтельство для насъ тѣмъ драгоцѣннѣе, что оно основано на чистомъ, эмпирическомъ наблюденіи, безъ всякой предвзятой идеи. Они замѣтили прежде всего, что этимъ болѣзнямъ предшествуютъ или онѣ сопровождаются почти всегда болѣзненными симптомами (Burning Pains), очевидно находящимися въ зависимости отъ состоянія раздражительности поврежденнаго нерва. Педжетъ сдѣлалъ, впрочемъ, это наблюденіе еще до нихъ. Анестезіи, напротивъ, при этомъ не бываетъ совершенно; причемъ американскіе хирурги особенно указываютъ на то обстоятельство, что эти болѣзни развиваются обыкновенно послѣ *ушибовъ, уколовъ, неполныхъ перерѣзокъ нервовъ*, т. е. послѣ такихъ травматическихъ моментовъ, которые болѣе всего способны вызвать невритъ, или, по крайней мѣрѣ, *невральгическое состояніе*. Онѣ, напротивъ, никогда не наступаютъ *послѣ полной перерѣзки нервовъ* и эти авторы особенно подчеркиваютъ это обстоятельство. Обыкновенные результаты отсутствія нервнаго дѣйствія составляютъ единственныя явленія, наблюдаемыя въ подобныхъ случаяхъ.

---

[21]) Medical Times and Gazette, London, March. 26, 1864.

Слѣдуетъ, кромѣ того, прибавить, что и периферическія болѣзни, зависящія отъ раздраженія нервовъ, наступаютъ чаще всего самопроизвольно, безъ дѣйствія какой-либо наружной причины, какъ наприм. прижатія [22]).

Но эти условія носятъ на себѣ только общій характеръ. Необходимо проникнуть далѣе въ сущность этого явленія и изслѣдовать,—не существуетъ ли въ пораженномъ нервѣ анатомическаго поврежденія, находящагося въ связи съ проявленіемъ периферическихъ разстройствъ? Къ несчастію, мы можемъ въ этомъ случаѣ указать вамъ только на пробѣлъ, который восполнитъ, безъ сомнѣнія, наука въ будущемъ. Тѣмъ не менѣе общность явленій уже и теперь говоритъ въ пользу принятія неврита. Можно, кромѣ того, сослаться на результаты, добытые въ извѣстныхъ случаяхъ органическаго страданія нервовъ, въ которыхъ мы видимъ наступленіе цѣлой серіи периферическихъ разстройствъ, которыя, какъ намъ уже извѣстно, развиваются также вслѣдствіе травматическихъ поврежденій. Въ этихъ случаяхъ, на которыхъ мы вскорѣ еще остановимся, нервы были находимы припухшими, инфильтрованными эксудатомъ и воспаленными; микроскопъ открылъ въ нихъ размноженіе зеренъ Шваповскихъ нервныхъ влагалищъ или неврилеммы, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ и гранулезное перерожденіе міэлиновыхъ цилиндровъ. Впрочемъ, до настоящаго времени вовсе не доказано, чтобы раздраженіе, способное вызвать въ периферіи трофическія разстройства, не могло бы существовать въ нервѣ, не проявляясь этой совокупностью сравнительно грубыхъ измѣненій. Здѣсь кстати будетъ упомянуть, что не каждый невритъ непремѣнно выражается трофическими разстройствами; для проявленія ихъ необходимы условія, которыя еще не изучены нами. Это обстоятельство составляетъ совершенный контрастъ съ нашими свѣденіями о наступающихъ въ отдѣльныхъ частяхъ измѣненіяхъ при полной перерѣзкѣ нервовъ; эти разстройства могутъ быть разсматриваемы, какъ неизбѣжное послѣдствіе всякой полной перерѣзки нервовъ, которая совершенно изъемлетъ извѣстныя части изъ вліянія нервной системы на нихъ.

Какъ-бы то ни было, вліяніе раздраженія нерва на развитіе разсматриваемыхъ нами трофическихъ разстройствъ вполнѣ доказано и стало, такъ сказать, безспорнымъ фактомъ, вслѣд-

---

[22]) Gunshot wounds etc. loc. cit. стр. 71, 77 и въ Archives générales de médecine, t. I. 1865, стр. 188, 191, 194.

ствіе наблюденій надъ этими разстройствами, исчезновеніе которыхъ смѣнялось вновь появленіемъ ихъ при каждомъ новомъ вліяніи причины раздраженія. Для примѣра я упомяну часто цитированный и хорошо извѣстный фактъ, реферированный Педжетомъ и впервые открытый д-ромъ Гильтономъ.

У больнаго, пользованнаго въ Guy's Hospital, переломъ нижней части луча произвелъ громадное образованіе каллуса, который производилъ прижатіе средняго нерва (n. medianus). Вслѣдствіе этого, на кожѣ большаго пальца и первыхъ двухъ пальцахъ руки образовались язвы, которыя противустояли всякому леченію; продолжительное сгибаніе кисти руки, позволявшее ослаблять напряженіе мягкихъ частей ладонной поверхности и прекращавшее давленіе нервъ, имѣло непосредственнымъ результатомъ заживленіе упомянутыхъ язвъ. Но каждый разъ, когда больной хотѣлъ пользоваться своей рукой, нервъ подвергался новому давленію и вслѣдствіе этого язвы показывались на тѣхъ же мѣстахъ [23]).

Б. Мнѣ остается еще разсмотрѣть тѣ трофическія разстройства, которыя образуются вслѣдствіе самопроизвольно развивающихся болѣзненныхъ измѣненій въ нервахъ, а не вслѣдствіе травматическихъ причинъ, какъ въ вышеприведенныхъ. Вы могли уже предвидѣть изъ моихъ прежде приведенныхъ указаній, что и въ этихъ случаяхъ предъ нами повторяется опять тотъ же рядъ болѣзней, который мы только-что разсмотрѣли. Это обстоятельство позволяетъ кратко изложить относящіеся сюда факты; мнѣ достаточно будетъ взять нѣсколько примѣровъ изъ богатаго собранія фактовъ, собранныхъ въ трудѣ Мужо [24]).

Для перехода къ органическимъ формамъ, я упомяну прежде всего о тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ хотя и нетравматическое вліяніе, но тѣмъ не менѣе причина, относящаяся къ разряду механическихъ, обусловливаетъ заболѣваніе нерва. Нѣтъ сомнѣнія, что именно этимъ способомъ вызываются трофическія разстройства глаза, развивающіяся вслѣдствіе страданія тройничнаго нерва: въ этихъ случаяхъ все дѣло сводится на внутричерепныя опухоли, развившіяся возлѣ нерва и сдавливающія его безъ нарушенія цѣлости самой нервной трубки, чѣмъ вызывается болѣе или менѣе сильное раздраженіе нерва. — Ракъ позвоночника мо-

[23]) J. Paget.—Lectures on Surgical Pathology. t. I. стр. 43.

[24]) Mougeot, loc. cit., chap. II. Des lésions organiques des nerfs et des troubles de nutrition consécutifs.

жетъ вызывать, какъ извѣстно, такое размягченіе позвонковъ, что тѣла позвонковъ спадаются, вслѣдствіе чего происходитъ съуженіе просвѣта проходныхъ каналовъ для нервовъ. Нервы, на пути своего прохожденія чрезъ эти каналы съ съуженнымъ просвѣтомъ, сжимаются, подвергаются раздраженію и иногда воспаляются. Я въ подобномъ случаѣ наблюдалъ лишайную сыпь, занимавшую всю область кожи, въ которой распредѣляются вѣтви шейнаго сплетенія, вслѣдствіе сжатія которому подвергались въ соединительныхъ отверстіяхъ нервные стволы, изъ которыхъ составлено это нервное сплетеніе. Шейный мозгъ и корешки шейныхъ нервовъ оказались въ нормальномъ состояніи, какъ найдено было при вскрытіи; но по вскрытіи правыхъ соединительныхъ отверстій, спинные гангліи и самые нервные стволы найдены были припухшими и окрашенными въ красный цвѣтъ. Далѣе, какъ въ гангліозныхъ сплетеніяхъ, такъ и въ нервахъ, микроскопическое изслѣдованіе открыло очень выраженное размноженіе зернистыхъ элементовъ [25]). Гангліи и соотвѣтственные нервы лѣвой стороны, напротивъ, не представляли никакихъ слѣдовъ измѣненія. Весьма замѣчательно, что воспаленіе, въ точности ограниченное предѣлами гангліозныхъ сплетеній и нервовъ, вызывается самопроизвольно, безъ вліянія какихъ-либо механическихъ причинъ и ведетъ, между тѣмъ, какъ доказалъ это фонъ-Береншпрунгъ [26]) къ появленію лишайной сыпи (zona) на мѣстахъ кожи, соотвѣтственно распредѣленію нервовъ, подвергнувшихся раздраженію. Есть основаніе предполагать, что значительное число случаевъ zoster развивается вслѣдствіе неврита этого рода [27]). Спинныя гангліозныя сплетенія были также найдены сильно измѣненными, въ случаѣ, недавно приведенномъ Э. Вагнеромъ [28]), но въ измѣненіяхъ этихъ не участвовали ни спинной мозгъ, ни задніе, ни передніе корешки его, а въ этомъ случаѣ даже и межреберные нервы не принимали участія.

---

[25]) Charcot et Cotard. Sur un cas de zona du cou avec altération des nerfs du plexus cervical et des ganglions correspondants des racines spinales postérieures. Въ Mémoires de la Société de Biologie. Ann. 1865, стр. 41.

[26]) v. Baerensprung. Beitraege zur Kenntniss des Zoster. Въ Arch. of Nat. und Physiol n. 4, 1865 и въ Canstatt's Jahresbericht, 1864, t. IV, стр. 128.

[27]) Mougeot. l. c. стр. 65.

[28]) B. Th. Bahrdt. Beitrage zur Aethiologie des Herpes Zoster. Diss. Leipzig. 1869 и у E. Wagner'a-Patholog. anatom. und klinische Beitraege zur Kenntniss d. Gefaessnerven. Въ Arch. d. Heilkunde. 4 Heft. Leipzig, 1870, стр. 321.

У субъекта, имѣвшаго 23 года отъ роду, пораженнаго легочной чахоткой, въ послѣдніе дни его жизни обнаружилась сыпь, zona, расположенная на лѣвомъ боку, въ мѣстахъ, соотвѣтствующихъ расположенію 9-го и 10-го межреберныхъ нервовъ. При вскрытіи оказалось, что тѣла 6-ти грудныхъ позвонковъ и 2-хъ первыхъ поясничныхъ были поражены каріознымъ страданіемъ. Твердая мозговая оболочка (dura mater) была покрыта снаружи, въ мѣстахъ, соотвѣтствовавшихъ каріозно пораженнымъ позвонкамъ, толстымъ своемъ казеознаго гноя, который продолжался на влагалищахъ нервовъ и спинныхъ гангліозныхъ сплетеніяхъ. Сама твердая оболочка оказалась утолщенной и расщепленной на двѣ пластинки, особенно въ области 9-го 10-го и 11-го спинныхъ нервныхъ корешковъ. Хотя болѣзненныя измѣненія спинной твердой оболочки были столь же выражены на правой, какъ и на лѣвой сторонѣ, однако 9-е, 10-е и 11-е спинныя гангліозныя сплетенія были припухшими на одной лѣвой сторонѣ, представляя измѣненія, доступныя микроскопу. Въ этихъ 3-хъ гангліозныхъ сплетеніяхъ, нервныя ячейки исчезли, а въ непосредственной близости къ альвеоламъ, въ которыхъ онѣ размѣщены, ясно видны были типическія явленія ненормальной пролиферації соединительной ткани, достигшей высшей степени. Я неоднократно видѣлъ въ случаяхъ хроническаго спиннаго менингита съ утолщеніемъ твердой оболочки, что сопутствующее воспаленіе спинномозговыхъ нервовъ, по пути ихъ прохожденія чрезъ мозговыя оболочки, вызывало въ периферическихъ частяхъ, кромѣ болѣе или менѣе выраженной мышечной атрофіи, различныя сыпи на кожѣ, которыхъ типы подходили по характеру то къ pemphigus, то къ лишайной сыпи. Браунъ-Секаръ уже указалъ въ лекціи, читанной въ Дублинѣ [29]), на существованіе спеціальныхъ накожныхъ сыпей на верхнихъ конечностяхъ, въ случаяхъ спиннаго менинго-неврита, локализированнаго въ нижней части шейной области.

Эритема, лишаи, мышечная атрофія, нѣкоторыя страданія суставовъ могли быть относимы Дюменилемъ [30]) на долю хроническаго прогрессивнаго неврита, а по Лёде [31]) нахо-

[29]) Quarterly Journal of Medecine, May, 1865 (стр. 11, 12 отдѣльнаго оттиска).

[30]) Dumenil. Contributions p. servir à l'histoire d.paralysies périphériques, spécialement de la nevrose. Въ Gaz. hebdomad., 1866, n. 4, 5, 6.

[31]) Leudet. Recherches sur les troubles des nerfs périphériques, et surtout des vaso-moteurs, consécutifs à l'asphyxie par la vapeur de charbon. Arch. générales de médecine. Mai 1865.

дились въ связи съ периферическимъ прогрессивнымъ невритомъ, слѣдующимъ за отравленіемъ окисью углерода.

Трофическія разстройства мы находимъ въ полной силѣ развитія особенно въ Lepra anaesthetica, разстройства, которыя мы изучали при травматическихъ поврежденіяхъ нервовъ. Первоначальный болѣзненный процессъ въ этихъ случаяхъ составляетъ, какъ извѣстно намъ, послѣ замѣчательныхъ изслѣдованій Вирхова [32]), *лепрозный периневритъ*, характеризирующійся спеціальной ячеистой пролиферацією и гнѣздящійся въ промежуткахъ между нервными трубками, которыхъ онъ обусловливаетъ медленную погибель. Нервы представляютъ тогда часто, на пути своего прохожденія, веретенообразную припухлость, которую иногда весьма легко узнать во время жизни въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ нервы лежатъ поверхностно, напр., на локтѣ, когда дѣло идетъ о локтевомъ нервѣ. Этимъ способомъ облегчается распознаваніе. Эти разстройства причиняютъ сначала гиперестезію, которая позже переходитъ въ анестезію.

За исключеніемъ лишая, который не упоминается ни однимъ авторомъ, мы при этихъ обстоятельствахъ находимъ, за малыми исключеніями, всю уже описанную нами серію трофическихъ разстройствъ: а) pemphigus (p. leprosus), б) лоснящуюся кожу (glossy skin); в) атрофію мышцъ, г) періоститъ и наконецъ некрозъ. Если эти послѣднія разстройства достигаютъ высокой степени, то можно наблюдать иногда потерю цѣлаго члена. Это отпаденіе члена совершается безъ боли, потому что въ то время, когда оно имѣетъ мѣсто, ему предшествуетъ чаще всего анестезія [33]) (lepra mutilans). Эти различныя явленія и эти обезображенія членовъ приписывали вліянію анестезіи. Тѣмъ не менѣе эта послѣдняя вліяетъ не одна; не только доказано, что она только способствуетъ вліянію наружныхъ причинъ, но что она можетъ играть второстепенную роль и вліяніе ея можетъ быть даже совершенно выдѣлено, если вспомнимъ случаи, упоминаемые Томсономъ, въ которыхъ вовсе не было анестезіи [34]). Мы

[32]) R. Virchow. Die Krankhaften Geschwuelste, Nerven—Lepra, t. II стр. 521, 1864—65.

[33]) Steudener. Beitraege z. Pathologie d. Lepra mutilans. Dis. 3 Taf. Erlangen. 1867.

[34]) A. S. Thomson. Brit. and for. Med.-Chir. Review. 1864. April. стр. 496, цитированный Р. Вирховымъ.

сдѣлали только краткій перечень трофическимъ разстройствамъ, развивающимся вслѣдствіе раздраженій периферическихъ нервовъ. Мы еще вернемся къ нимъ въ слѣдующихъ лекціяхъ. Мы пространно изслѣдуемъ, кромѣ того, трофическія разстройства, зависящія отъ болѣзненныхъ измѣненій черепнаго и спиннаго мозга.

ЛЕКЦІЯ ВТОРАЯ.

ТРОФИЧЕСКІЯ РАЗСТРОЙСТВА ВСЛѢДСТВІЕ ПОВРЕЖДЕНІЙ НЕРВОВЪ. (*Продолженіе*). БОЛѢЗНИ МЫШЦЪ.

Трофическія разстройства вслѣдствіе пораженій спиннаго мозга.

Содержаніе. Анатомическія и функціональныя измѣненія, претерпѣваемыя мышцами, вслѣдствіе поврежденія нервовъ, которые ими управляютъ.— Важность электризаціи для распознаванія и предсказанія. Изслѣдованія Дюшеня.—Экспериментальныя изслѣдованія: продолжительное существованіе электрической сократительности и нормальнаго питанія мышцъ послѣ перерѣзыванія или вырѣзыванія двигательныхъ и смѣшанныхъ нервовъ у животныхъ. — Факты патологическіе: быстрое уменьшеніе или совершенное прекращеніе электрической сократительности и скоротечная атрофія мышцъ въ случаяхъ ревматическаго паралича лицеваго нерва и раздражающихъ, какъ травматическихъ, такъ и самопроизвольныхъ пораженій нервовъ смѣшанныхъ. — Причины кажущагося противорѣчія между экспериментальными результатами и патологическими случаями. Примѣненіе изслѣдованій Браунъ-Секара: одни только ирритативныя поврежденія нервовъ обусловливаютъ быстрое прекращеніе электрической сократительности съ послѣдующею скоротечною атрофіею мышцъ.

Опыты Эрба, Цимссена и О. Вейсса. Раздавливаніе и перевязка нервовъ составляютъ ирритативныя поврежденія.—Различіе результатовъ, получаемыхъ при изслѣдованіи мышцъ фарадизаціей и гальванизаціей. Результаты этихъ новыхъ изслѣдованій сходны съ патологическими фактами, наблюдаемыми у людей и ни въ чемъ не опровергаютъ положенія Браунъ-Секара.—Трофическія растройства, вслѣдствіе заболѣваній спиннаго мозга. — Эти пораженія, относительно вліянія ихъ на питаніе мышцъ, образуютъ двѣ различныя группы; 1-ая группа: пораженія спиннаго мозга, не имѣющія непосредственнаго вліянія на питаніе мышцъ: а) пораженія, въ видѣ ограниченныхъ фокусовъ, распространяющіяся въ глубину сѣраго вещества на незначительномъ пространствѣ (ограниченное воспаленіе спиннаго мозга, опухоли, Поттова болѣзнь). b) Пучковидныя, даже сильно распространенныя пораженія переднихъ или заднихъ бѣлыхъ канатиковъ, но безъ участія сѣраго вещества: первичный или послѣдовательный склерозъ заднихъ канатиковъ, передне-боковыхъ и проч.; — 2-ая группа: заболѣванія, обусловливающія болѣе или менѣе быстрое измѣненіе питанія въ мышцахъ: а) пучкообразныя или ограниченныя пораженія, занимающія передніе рога сѣраго вещества и распространяющіяся на извѣстное

пространство въ глубину: центральный міэлитъ, гематоміэлія и проч. б) Ирритативное пораженіе большихъ нервныхъ клѣточекъ переднихъ роговъ сѣраго вещества съ участіемъ или безъ участія бѣлыхъ пучковъ: дѣтскій спинной параличъ взрослыхъ, общій спинной параличъ (Duchenne, de Boulogne), прогрессивная атрофія мышцъ и проч. — Преобладающая роль пораженій сѣраго вещества въ происхожденіи мышечныхъ трофическихъ разстройствъ. — Положеніе Браунъ-Секара примѣняется еще къ объясненію этихъ фактовъ.

Мм. Гг.

Излагая въ послѣдней лекціи, послѣдовательныя растройства питанія при поврежденіи нервовъ, я съ намѣреніемъ не останавливался на анатомическихъ или функціональныхъ измѣненіяхъ, которыя происходятъ въ мышцахъ подъ вліяніемъ этихъ поврежденій; вопросъ этотъ я отложилъ съ цѣлью спеціальнаго его изученія, ибо, какъ вы сами скоро узнаете, въ немъ мы встрѣчаемъ многочисленныя затрудненія, которыя до сихъ поръ еще служатъ предметомъ безчисленныхъ противорѣчій.

Вы знаете, какія значительные успѣхи достигнуты въ клиническомъ ученіи о параличахъ, подъ вліяніемъ работъ Дюшеня. Безъ сомнѣнія, вамъ извѣстно также множество фактовъ, открытыхъ этимъ знаменитымъ патологомъ, которые, повидимому, находятся въ рѣзкомъ противорѣчіи съ результатами, полученными при физіологическихъ опытахъ надъ животными Въ чемъ же заключается причина этихъ противорѣчій и какимъ путемъ можно достигнуть ихъ соглашенія? На эти вопросы я не обѣщаю дать вамъ вполнѣ удовлетворительнаго отвѣта, однако и не могу обойти ихъ молчаніемъ; по крайней мѣрѣ, я долженъ приступить къ ихъ разбору, несмотря на нежеланіе мое излагать вопросъ, въ которомъ нужно безпрестанно ссылаться на результаты электрическаго изслѣдованія нервовъ и мышцъ передъ слушателями, посвятившими себя основательному изученію этого способа изслѣдованія. Надѣюсь, однако, на полное ваше снисхожденіе, при критической оцѣнкѣ разбираемыхъ мною вопросовъ.

I.

Можно сказать вообще, что въ извѣстныхъ патологическихъ случаяхъ, при которыхъ пораженіе двигательнаго

или смѣшаннаго нерва бываетъ незначительное, электродіагностика, извините меня за этотъ неологизмъ, открываетъ намъ существованіе быстраго и глубокаго уменьшенія или даже исчезновенія того мышечнаго свойства, которое принято называть электросократительностью; между тѣмъ, какъ опыты надъ животными показываютъ, что при поврежденіи нервовъ мышцы, напротивъ, относительно долго и даже, по мнѣнію нѣкоторыхъ авторовъ, почти неопредѣленное время сохраняютъ свойство сокращаться подъ вліяніемъ электрическаго раздраженія.

Вы понимаете затѣмъ, какое важное значеніе для насъ связывается съ подтвержденіемъ и изученіемъ подобнаго рода фактовъ. Достаточно напомнить вамъ, что ослабленіе, а тѣмъ болѣе совершенное прекращеніе электрической сократительности, быстро появляющееся при пораженіи нерва, составляетъ первый рядъ явленій, которыя въ извѣстныхъ случаяхъ и почти неизбѣжно, какъ показываютъ клиническія наблюденія, граничатъ съ болѣе или менѣе полною атрофіею мышцы и прекращеніемъ ея функціи, если только не воспрепятствуетъ этому врачебное искусство.

Для лучшаго уразумѣнія спорныхъ вопросовъ, на которые я обратилъ ваше вниманіе, позвольте мнѣ, Мм. Гг., изложить вамъ вкратцѣ тѣ экспериментальные факты, о которыхъ я выше упомянулъ.

А. Опыты эти имѣютъ цѣлью изслѣдовать измѣненія свойствъ и анатомическаго строенія мышцъ послѣ перерѣзыванія или вырѣзыванія нервовъ, которыми обусловливается ихъ отправленіе. Опыты эти многочисленны и были многократно дѣлаемы Лонже, Шиффомъ, Браунъ-Секаромъ, Вульпіаномъ; причемъ нужно замѣтить, что полученные при этомъ результаты, по крайней мѣрѣ въ своей сущности, представляются совершенно тождественными. Мы припомнимъ вамъ главнѣйшія обстоятельства при этихъ опытахъ, которыя, какъ намъ кажется, заслуживаютъ быть упомянутыми.

Периферическій конецъ перерѣзаннаго или вырѣзаннаго нерва, на пятый или восьмой день послѣ операціи, начинаетъ претерпѣвать рядъ измѣненій, которыя распространяются до мельчайшихъ его развѣтвленій и влекутъ за собою исчезновеніе міэлиноваго цилиндра, между тѣмъ, какъ осевое волоконце (filament axile), на оборотъ, кажется неизмѣненнымъ почти неопредѣленное время [1]).

---

[1]) Шиффъ, несмотря на увѣренія Валлера въ противномъ, показалъ, что въ случаяхъ послѣдовательнаго перерожденія нервовъ послѣ ихъ пе-

Однако, уже на четвертый день, то есть даже раньше, чѣмъ поврежденіе произведетъ замѣтное перерожденіе нерва, этотъ послѣдній теряетъ уже способность возбужденія при дѣйствіи различныхъ агентовъ, въ особенности же подъ вліяніемъ электричества [2]). Въ этомъ отношеніи всѣ наблюдатели согласны между собою. Что же касается мышцы, то электрическая ея сократительность не представляетъ, на первыхъ порахъ, никакихъ измѣненій и если происходитъ уменьшеніе, а тѣмъ болѣе исчезновеніе этого свойства, то оно обнаруживается только со временемъ и то очень не скоро. Это второй фактъ, относительно котораго не существуетъ разногласія. Если въ этомъ отношеніи нѣкоторые физіологи и наблюдали уменьшеніе или даже исчезновеніе электросократительности, по прошествіи 6—12 недѣль послѣ перерѣзки смѣшаннаго нерва, то Шиффъ, на оборотъ, при тѣхъ же самыхъ обстоятельствахъ, находилъ ее еще неизмѣненною въ концѣ четырнадцатаго мѣсяца [3]); тоже самое происходитъ и при перерѣзкѣ чисто двигательнаго нерва. Уже Лонже замѣтилъ, что двигательная способность нервовъ, именно лицеваго, совершенно прекращается спустя четыре дня для послѣ перерѣзки, между тѣмъ, какъ мышечная раздражительность въ соотвѣтствующихъ мышцахъ существуетъ болѣе 12-ти недѣль [4]). Браунъ-Секаръ и Мартенъ-Магронъ, послѣ вырыванія или перерѣзыванія лицеваго нерва у морскихъ свинокъ и кроликовъ, наблюдали сохраненіе раздражительности лицевыхъ мышцъ впродолженіе двухъ лѣтъ [5]). Вульпіанъ тоже видѣлъ подобные случаи [6]). Около 1847 г., желая испытать себя въ такихъ экспериментахъ надъ животными въ лабораторіи моего учителя

перерѣзки, осевыя волоконца существуютъ; онъ находилъ ихъ въ нервныхъ волокнахъ млекопитающихъ, спустя пять мѣсяцевъ послѣ перерѣзки. „Равнымъ образомъ, мы тоже наблюдали, говоритъ Вульпіанъ (Leçons sur la physiologie du système nerveux, 1866, p. 239), существованіе осеваго волоконца по прошествіи шести мѣсяцевъ. По всей вѣроятности оно существуетъ гораздо дольше этого времени.“

[2]) Vulpian, loc. cit. стр. 235.

[3]) Schiff, Lehrbuch der Physiologie des Menschen. стр. 18, 1858—59. Шиффъ два раза наблюдалъ сохраненіе мышечной возбудительности въ продолженіи 14-ти мѣсяцевъ послѣ перерѣзки соотвѣтствующихъ нервовъ: въ первомъ случаѣ при перерѣзкѣ подъязычнаго, а во второмъ—сѣдалищнаго нервовъ.

[4]) Longet, Anatomie et Physiologie du système nerveux.t. 1. стр. 63,1842.

[5]) Brown-Séquard.—Bulletins de la Société philomatique, 1847, стр. 74, 88. —Bulletins de la Société de Biologie t. III. 1851. p. 101.

[6]) Vulpian, loc. cit. стр. 235

Мартенъ-Магрона, отъ которыхъ я по особенной своей чувствительности къ нимъ, вскорѣ долженъ былъ совсѣмъ отказаться, я самъ наблюдалъ, послѣ вырыванія лицеваго нерва, сохраненіе электрической сократительности соотвѣтствующихъ мышцъ, впродолженіи неопредѣленнаго времени.

Такъ легко подтверждаемые и такіе осязательные и разительные результаты заставляютъ большинство физіологовъ, если я не ошибаюсь, сомнѣваться въ совершенномъ прекращеніи мышечной раздражительности послѣ перерѣзыванія или вырѣзыванія нервовъ; они допускаютъ, что въ подобныхъ случаяхъ можетъ произойти со временемъ только болѣе или менѣе ясно выраженное ослабленіе сократительнаго свойства мышцъ, причемъ почти всѣ единогласно добавляютъ, что если иногда электричество и не вызываетъ мышечнаго сокращенія, то тоже всегда обнаруживается подъ вліяніемъ механическихъ раздражителей.

Нужно предполагать, что, соотвѣтственно функціональнымъ и трофическія измѣненія должны происходить очень медленно и не рѣзко обнаруживаться, что, по всей вѣроятности и происходитъ на самомъ дѣлѣ, такъ какъ большинство авторовъ согласно въ томъ, что атрофія мышцы и ея патологическое перерожденіе, послѣ перерѣзки нервовъ, наступаютъ по прошествіи очень значительнаго времени. Только спустя три мѣсяца послѣ перерѣзки лицеваго нерва, Лонже [7]), при изслѣдованіи соотвѣтственныхъ мышцъ послѣ смерти, нашелъ едва легкіе слѣды ихъ атрофіи. Но это изслѣдованіе, безъ всякаго сомнѣнія, было произведено невооруженнымъ глазомъ.

По мнѣнію Шиффа, при долгомъ существованіи послѣдовательнаго паралича послѣ перерѣзки нерва, мышцы представляютъ извѣстную степень исхуданія. По всей вѣроятности, извѣстная часть мышечныхъ пучковъ при этомъ атрофируется и исчезаетъ. Кромѣ того, микроскопическое изслѣдованіе показываетъ, что, въ большинствѣ случаевъ, часть ихъ претерпѣваетъ жировое перерожденіе и въ промежуткахъ между пучками накопляется извѣстное количество жира [8]).

Наблюденія Вульпіана дали аналогичные результаты; но,

[7]) Longet, loc. cit. стр. 63.
[8]) Schiff, loc. cit. стр. 175.

по его мнѣнію, жироваго перерожденія мышечныхъ волоконъ часто совершенно не бываетъ [9]).

Прежде чѣмъ сравнивать патологическіе факты съ результатами опытовъ надъ животными, необходимо точнѣе опредѣлить условія, при которыхъ производились эти послѣдніе. Во-первыхъ, физіологъ перерѣзываетъ или вырѣзываетъ мышечные нервы; затѣмъ, онъ приступаетъ къ прямому электрическому возбужденію обнаженнаго нерва или мышцы: при этомъ почти исключительно употребляли для изслѣдованія гальванизмъ, не обращая вниманія на различіе, которое можетъ существовать въ дѣйствіи на нервное волокно и мышечные пучки между *индуктивнымъ* (прерывистымъ токомъ) и такъ называемымъ *гальваническимъ токомъ* (постояннымъ). При этихъ то условіяхъ, о которыхъ необходимо было упомянуть, производились опыты, которые я называю старыми, хотя этотъ способъ изслѣдованія и не слишкомъ давно еще былъ въ употребленіи. Впослѣдствіи мы увидимъ, что при новѣйшихъ изслѣдованіяхъ, при которыхъ изучали сравнительное дѣйствіе обоихъ родовъ электрическаго тока, получились нѣсколько иные результаты, чѣмъ въ предшествовавшихъ опытахъ.

Б. Теперь намъ слѣдуетъ возвратиться къ патологическимъ фактамъ. Они относятся къ заболѣваніямъ смѣшанныхъ или двигательныхъ нервовъ, происшедшимъ или самопроизвольно, или вслѣдствіе травматическихъ причинъ.

Во-первыхъ, мы должны упомянуть о тѣхъ явленіяхъ, которыя были наблюдаемы при периферическомъ параличѣ лицеваго нерва; въ особенности же тѣ случаи паралича, которые появляются подъ вліяніемъ охлажденія (ревматическій параличь, a frigore). Вамъ извѣстно, что, по наблюденіямъ Дюшеня изъ Булони, электрическая сократительность лицевыхъ мышцъ въ этихъ случаяхъ замѣтно уже уменьшается, а иногда даже, кажется, совершенно прекращается къ концу первой недѣли [10]). Изъ этого вы видите, что между семидневнымъ срокомъ, означеннымъ Дюшенемъ, для на-

[9]) Vulpian, loc. cit. стр. 246.—Въ случаяхъ послѣдовательнаго паралича, за перерѣзкою нервовъ, кромѣ атрофіи первичныхъ пучковъ, развивающейся только современемъ, Вульпіанъ наблюдалъ еще размноженіе ядеръ сарколеммы и нѣкоторые другіе признаки воспалительнаго процесса. Этотъ интересный фактъ, къ которому мы еще возвратимся, былъ замѣченъ въ послѣднее время и другими наблюдателями.

[10]) Duchenne (de Boulogne).—Electrisation localisée, 2-e édition, 1861, стр. 669.

чала ослабленія электрической сократительности при ревматическомъ параличѣ лицеваго нерва и срокомъ опредѣленнымъ нѣкоторыми физіологами для продолжительности существованія этого мышечнаго свойства при перерѣзкѣ нервовъ, замѣчается огромная разница. Между тѣмъ, многократно повторенныя изслѣдованія вполнѣ подтверждаютъ выводы Дюшеня. Еще недавно въ одномъ случаѣ ревматическаго паралича лицеваго нерва, докторъ Эрбъ, наблюдая ежедневно, съ самаго начала ходъ болѣзненныхъ явленій, замѣтилъ, что электрическая сократительность на *девятый* день значительно уже уменьшилась [11]). Въ подобномъ же случаѣ, описанномъ Онимусомъ [12]), индуктивный токъ, употребленный на восьмой день отъ начала болѣзни, не вызвалъ ни малѣйшаго сокращенія парализованныхъ мышцъ. Вообще тоже явленіе наблюдается при периферическихъ параличахъ лицеваго нерва, происшедшихъ не отъ одного только охлажденія, а также и при травматическихъ параличахъ нервовъ конечностей. Эти послѣдніе чаще всего обусловливаются, какъ извѣстно, сильнымъ сжатіемъ, ушибомъ или сотрясеніемъ смѣшаннаго нерва, вслѣдствіе, напримѣръ, лопаточно-плечеваго вывиха. При подобныхъ случаяхъ много разъ было наблюдаемо значительное ослабленіе электрической сократительности парализованныхъ мышцъ, появлявшееся на десятый или даже на пятый день [13]).

Изъ клиническихъ наблюденій вамъ извѣстно, что вообще въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ происходитъ быстрое уменьшеніе, въ особенности же быстрое исчезаніе электрической сократительности мышцъ, эти послѣднія тоже начинаютъ довольно скоро атрофироваться, что иногда замѣчается уже очень рано, въ особенности же на мышцахъ конечностей. Для насъ было бы очень важно изучить тѣ патологическія измѣненія, въ различныхъ фазахъ ихъ развитія, которыми обусловливается столь быстрая атрофія мышечной массы; къ сожалѣнію, мы имѣемъ въ этомъ отношеніи еще очень мало точныхъ свѣденій. Однако изъ нѣкоторыхъ наблюденій, въ особенности же на основаніи одного случая, подробно описаннаго

[11]) W. Erb.—Zur Pathologie und pathologischen Anatomie peripherischer Paralyse. Въ Deutsch. Archiv, t. IV, 1868 стр., 539. Случай Градольфа.

[12]) Gazette des hôpitaux, 30 juin 1870. стр. 298.

[13]) Duchenne (de Boulogne), loc. cit. Obs., стр. 191. Paralysie, suite de luxation scapulohumérale. Obs., p. 193. Paralysie, suite de contusion du nerf cubital.

докторомъ Эрбомъ, можно предполагать, что эти измѣненія не имѣютъ ничего общаго съ обыкновеннымъ простымъ и пассивнымъ жировымъ перерожденіемъ, которое замѣчается въ мышцахъ, долгое время остававшихся въ бездѣйствіи. Въ описанныхъ наблюденіяхъ, на оборотъ, они представляли всѣ характеристическіе признаки чистаго воспалительнаго процесса, а именно: болѣе или менѣе ясно выраженное разращеніе соединительной ткани, напоминающее, въ извѣстной степени, измѣненія, находимыя при циррозѣ и размноженіе зеренъ сарколеммы. По мѣрѣ развитія этихъ измѣненій, поперечный діаметръ мышечныхъ волоконъ замѣтно уменьшается, хотя струйчатость волоконъ, по большей части, сохраняется. Зернисто-жировое (dégénération granulo-graisseuse) перерожденіе мышечныхъ волоконъ наблюдается рѣдко и, повидимому, представляетъ, въ подобныхъ случаяхъ совершенно случайное явленіе [14]).

---

[14]) Вотъ вкратцѣ наблюденіе, описанное докторомъ Эрбомъ въ его интересной статьѣ: „Петръ Шмичъ, 22 л., одержимъ легочною чахоткою въ послѣднемъ періодѣ; кромѣ того, у него замѣчаются признаки каріознаго процесса скалистой кости и сосковиднаго отростка, по близости этого послѣдняго образовался нарывъ. 22 марта 1867 г. вдругъ появился почти совершенный параличъ лицеваго нерва лѣвой стороны· параличъ въ особенности замѣтенъ на лобной мышцѣ. Электрическая сократительность, изслѣдованная посредствомъ фарадизаціи, сперва 24 марта (2-й день болѣзни), потомъ 3 апрѣля (12-й день) была найдена оба раза нормальною. 17 апрѣля (26-й день), въ первый разъ было замѣчено, что лобная и скуловая мышцы лѣвой стороны очень слабо сокращаются подъ вліяніемъ фарадизаціи, а 30 апрѣля (39-й день) фарадизація уже совершенно не вызывала сокращенія этихъ мышцъ; остальныя мышцы той же стороны лица реагировали очень слабо. Больной умеръ 2 мая (40-й день болѣзни). Вскрытіе: стволъ лицеваго нерва представлялся обнаженнымъ на извѣстномъ пространствѣ и прилегалъ къ абсцессу, вскрывшемуся позади уха. Онъ былъ окруженъ массою оплотнѣвшей соединительной ткани и эта послѣдняя крѣпко приросла къ наружной оболочкѣ нерва, подвижность котораго въ этомъ влагалищѣ была, однако, сохранена. Развѣтвленія лицеваго нерва, разсматриваемыя невооруженнымъ глазамъ, не представляли никакихъ видимыхъ измѣненій; лобная же мышца, на оборотъ, представлялась блѣдною, дряблою и истощенною. Въ томъ мѣстѣ, гдѣ нервный стволъ былъ окруженъ массою соединительной ткани, замѣчалось множество волокнистой соединительной ткани съ большимъ количествомъ овальныхъ и слегка зернистыхъ ядрышекъ, внѣдряющейся между нервными волоконцами, а изъ числа этихъ послѣднихъ, нѣкоторыя представляли различныя степени жироваго перерожденія; остальныя же были нормальны. Перерожденныя нервныя волоконца были найдены и въ нервныхъ вѣточкахъ, направляющихся къ лобной мышцѣ; между тѣмъ какъ другія, принадлежащія, по всей вѣроятности, тройничному нерву, содержали въ себѣ совершенно нормальныя волоконца. Лѣвая лобная мыш-

Ясно, что мы имѣли бы рѣзкій контрастъ въ томъ случаѣ, еслибы при физіологическихъ опытахъ съ перерѣзкою или вырѣзываніемъ нервовъ, исподоволь развивающіяся гистологическія измѣненія въ атрофированныхъ мышцахъ всегда представляли бы характеръ жироваго перерожденія, безъ слѣдовъ первоначальнаго ирритативнаго процесса; но, къ сожалѣнію, мы увидимъ, что, кажется, это не всегда такъ бываетъ [15]).

ца представляла значительныя измѣненія: въ ней находились плотныя перегородки изъ новообразованной соединительной ткани, расположенныя между первичными мышечными пучками. Послѣднія были значительно меньше и содержали множество ядеръ. Большая часть атрофированныхъ мышечныхъ волоконъ представлялась, какъ и въ нормальномъ состояніи, поперечно-струйчатою; на остальныхъ же она была едва замѣтна. Нѣкоторые первичные пучки имѣли характеръ восковиднаго измѣненія; зернисто-жироваго (dég. granulo-graisseuse) перерожденія ни на одномъ изъ нихъ не было замѣчено. (W. Erb., loc. cit., Deutsch. Arhiv. Bd. 5, 1859, стр. 44).

[15]) Мы впослѣдствіи еще возвратимся въ нашихъ лекціяхъ къ этому затруднительному вопросу. Теперь же достаточно замѣтить, что ирритативныя измѣненія мышцъ, совершенно схожія съ только что описанными, были недавно наблюдаемы очень компетентными изслѣдователями, послѣ перерѣзки или вырѣзыванія смѣшанныхъ и чисто двигательныхъ нервовъ у различныхъ животныхъ, т. е. при условіяхъ, при которыхъ обыкновенно не бываетъ ирритативнаго пораженія нервовъ. Такимъ образомъ Мантегаца (Histologische Veranderungen nach der Nervendurchschneidung, въ Schmidt's-Jahresb. стр. 148, 1857, t. 136, и въ Gaz. Lomb. стр. 18, 1867), послѣ вырѣзыванія куска сѣдалищнаго нерва, находилъ уже съ 30-го дня мышцы блѣдными, промежуточную соединительную ткань между первичными мышечными пучками, явственно гипертрофированною; самые пучки были меньше и представляли явное размноженіе ядеръ сарколеммы; поперечная струйчатость была сохранена. Значительное число пучковъ имѣли зернистый видъ; но эта зернистость исчезала въ уксусной кислотѣ. Вульпіанъ тоже наблюдалъ подобныя же измѣненія въ мышцахъ языка у собаки, спустя 50 дней послѣ вырыванія центральнаго конца подъязычнаго нерва. (Archives de Physiologie, t. 2, стр. 527, 1869). Отсутствіе жироваго перерожденія, первичныхъ пучковъ, атрофія этихъ пучковъ съ сохраненіемъ поперечной струйчатости и размноженіе ядеръ сарколеммы, равнымъ образомъ были наблюдаемы Вульпіаномъ у человѣка на мышцахъ бедра, спустя пять мѣсяцевъ послѣ вырѣзыванія куска сѣдалищнаго нерва. На этомъ основаніи слѣдуетъ допустить, что или перерѣзка, вырѣзываніе и вырываніе нервовъ обусловливаютъ иногда ирритативныя измѣненія этихъ послѣднихъ, или же, если предыдущія наблюденія Вульпіана и Мантегацы представляютъ постоянное явленіе, то мышечныя измѣненія, которыя наступаютъ, вслѣдствіе пассивнаго поврежденія смѣшанныхъ или двигательныхъ нервовъ, существенно не отличаются, съ патологической точки зрѣнія, отъ тѣхъ послѣдовательныхъ измѣненій, которыя происходятъ при ирритативномъ заболѣваніи этихъ же нервовъ.

Если дальнѣйшіе факты подтвердятъ второе предположеніе, то, не смотря на аналогичность явленій, необходимо еще будетъ опредѣлить раз-

Вообще же, основываясь на тѣхъ данныхъ, которыя я вамъ изложилъ, слѣдуетъ заключить, что клиническіе факты, наблюдаемые однако очень тщательно, находятся или, повидимому, стоятъ въ рѣзкомъ противорѣчіи съ фактами, полученными при самомъ строгомъ экспериментальномъ изслѣдованіи. Мы постараемся однако отыскать причину этого противорѣчія и посмотримъ, не обусловливается ли она тѣми различными условіями, при которыхъ дѣлаютъ свои наблюденія физіологи и врачи. Въ этомъ отношеніи необходимо, во-первыхъ, указать на самый способъ изслѣдованія: патологъ поставленъ въ необходимость производить изслѣдованіе мышцы чрезъ кожу; между тѣмъ, какъ физіологъ, какъ мы уже выше замѣтили, находится въ болѣе благопріятныхъ условіяхъ, ибо имѣетъ возможность прикладывать электроды непосредственно къ самымъ нервамъ или мышцамъ. Ясно, что при извѣстной степени ослабленія электрической сократительности, непосредственное приложеніе можетъ вызвать сокращеніе еще и тогда, когда оно уже не обнаруживается при изслѣдованіи чрезъ кожу или же даетъ только очень слабыя мышечныя сокращенія. Опытъ оправ-

личіе между мышечными измѣненіями, которыя наступаютъ вслѣдствіе прекращенія функціональнаго ихъ отправленія отъ измѣненій, зависящихъ собственно отъ ирритативныхъ заболѣваній нервовъ. Эти послѣднія, какъ доказываютъ наблюденія, повидимому, появляются гораздо скорѣе и имъ предшествуютъ или ихъ сопровождаютъ болѣе или менѣе ясно выраженныя измѣненія электрической сократительности, которая, въ первомъ случаѣ, не имѣетъ того же характера и обнаруживается относительно гораздо позже.

Желательно, чтобы рядомъ спеціальныхъ изслѣдованій мы получили бы разъясненіе этого вопроса. Въ настоящее время имѣются уже нѣкоторые факты, повидимому, доказывающіе, что и безъ всякаго участія нервной системы, одна только *неподвижность* можетъ произвести въ извѣстныхъ органахъ и тканяхъ, такія трофическія разстройства, которыя представляютъ всѣ характеристическіе признаки воспалительнаго процесса. Я приведу здѣсь одинъ такой примѣръ. Всѣмъ извѣстны тѣ измѣненія суставовъ, описанныя Тессье и Бонне, которыя происходятъ при леченіи переломовъ, какъ слѣдствіе продолжительной неподвижности конечностей. Опыты Менцеля надъ собаками и кроликами, которымъ онъ производилъ неподвижность нѣкоторыхъ суставовъ посредствомъ гипсовой повязки, показали, что въ подобныхъ случаяхъ на 15-й день, синовіальная оболочка представляется припухшею и сильно инъоецированною; суставная полость содержитъ въ себѣ красные кровяные шарики, бѣлыя тѣльца и эпителіальныя клѣточки; кромѣ того, замѣчалась сильная пролиферація клѣточекъ суставныхъ хрящей (Gazette médicale de Strassbourg, n. 5, 1871). Необходимо продолжать подобныя изслѣдованія и примѣнить ихъ къ изученію измѣненій, претерпѣваемыхъ различными частями члена, остающагося болѣе или менѣе долгое время въ функціональномъ бездѣйствіи.

дываетъ это предположеніе. Такъ, въ одномъ случаѣ косолапости съ жировымъ перерожденіемъ мышцъ, въ которомъ необходимо было сдѣлать ампутацію, Валентинъ видѣлъ [16]), что въ ампутированной конечности, подъ вліяніемъ непосредственнаго возбужденія, происходили еще слабыя сокращенія въ мышцахъ, повидимому, уже совершенно перерожденныхъ. Въ этомъ случаѣ, судя по аналогіи, изслѣдованіе чрезъ кожу дало-бы, по всей вѣроятности, отрицательные результаты. Тоже самое намъ подтверждаютъ и нѣкоторые факты, заимствованные изъ экспериментальной физіологіи: у кролика, которому, около мѣсяца тому назадъ, былъ перерѣзанъ правый лицевой нервъ, электрическій токъ, приложенный къ лицевымъ мышцамъ оперированной стороны чрезъ обритую и увлажненную водою кожу, не производилъ въ нихъ видимаго сокращенія; между тѣмъ какъ оно было очень сильно при электризованіи соотвѣтственныхъ мѣстъ противоположной стороны. На обнаженныхъ же мышцахъ оперированной стороны электрическій токъ производитъ очень явственныя сокращенія [17]). У сильной лошади было вырѣзано около 5 сантиметровъ наружнаго лѣваго подколѣннаго нерва; затѣмъ, по прошествіи мѣсяца, кожа была обрита на передне-наружной сторонѣ обоихъ бедеръ; электрическій токъ, приложенный сперва къ здоровой сторонѣ вызывалъ въ мышцахъ этой ноги сильныя сокращенія; между тѣмъ, какъ на оперированной никакихъ сокращеній не происходило. Затѣмъ, были обнажены парализованныя мышцы: непосредственное приложеніе самого слабаго электрическаго тока производило въ нихъ довольно сильныя сокращенія [18]). Можно легко собрать, безъ сомнѣнія, много такихъ примѣровъ, которые доказываютъ, что изслѣдованіе чрезъ кожу даетъ только относительные результаты и что оно не открываетъ намъ дѣйствительнаго состоянія электрической сократительности. Тѣмъ не менѣе данныя, которыя мы получаемъ при этомъ способѣ изслѣдованія, не только не теряютъ своего значенія, но становятся для насъ чрезвычайно важными, такъ какъ невозможно не признать, что видимая потеря или значительное ослабленіе электрической сократительности, обна-

[16]) Valentin. Versuch einer physiologichen Pathologie der Nerven. Leipzig und Heidelberg, 1864, 2-e Abth., стр. 42.

[17]) Vulpian. Physiologie du système nerveux, 1866. p. 245.

[18]) Expérience de M. Chauveau, dans Magnien. Thèses de Paris, 1866, стр. 21.

руженныя изслѣдованіемъ чрезъ кожу, соотвѣтствуютъ уменьшенію или, по крайней мѣрѣ, дѣйствительному измѣненію этого мышечнаго свойства.

Второе замѣчаніе относится къ свойству самого электричества, которымъ производятъ изслѣдованіе. При опытахъ надъ животными, у которыхъ перерѣзаны нервы, почти исключительно употреблялся гальваническій токъ; между тѣмъ, какъ при клиническихъ наблюденіяхъ изслѣдованія производились до послѣдняго времени, только по способу Дюшеня, т. е. посредствомъ фаредизаціи. На основаніи же изслѣдованій, произведенныхъ нѣсколько лѣтъ тому назадъ въ Германіи и недавно повторенныхъ во Франціи, слѣдуетъ заключить, что часто гальванизмъ имѣетъ свойство вызывать мышечныя сокращенія, даже въ тѣхъ случаяхъ, въ которыхъ фаредизація обнаруживаетъ совершенную потерю электрической сократительности. Фактъ этотъ былъ замѣченъ въ первый разъ Байерляхеромъ въ 1859 г. [19]) въ случаѣ лицеваго паралича. Впослѣдствіи онъ былъ наблюдаемъ при тѣхъ же обстоятельствахъ и при различныхъ случаяхъ послѣдовательныхъ параличей, происшедшихъ вслѣдъ за травматическимъ поврежденіемъ смѣшанныхъ нервовъ, Шульцемъ [20]), Бреннеромъ [21]) Цимсеномъ [22]), Розенталемъ [23]), Мейеромъ [24]); въ псевдо-гипертрофическомъ параличѣ Брюкнеромъ [25]) и наконецъ, въ дѣтскомъ параличѣ Гаммондомъ.

Изъ этого видно, что гальванизмъ можетъ еще вызывать сокращенія во многихъ случаяхъ какъ ревматическаго, такъ и травматическаго паралича,—тамъ, гдѣ изслѣдованія, дѣлаемыя исключительно посредствомъ фаредизаціи, обнаруживаютъ уже глубокое разстройство электрической сократительности. Но тѣмъ не менѣе признакъ, доставляемый быстрымъ уменьшеніемъ или прекращеніемъ сократительности *при фаредизаціи*, не теряетъ своего важнаго значенія: онъ служитъ намъ для отличія тѣхъ параличей, которые обыкновенно наблюдаются у больныхъ, при пораженіи нервовъ отъ параличей, появляющихся у животныхъ вслѣдъ за перерѣзкой

[19]) Baierlacher. Bayer. Aerzt. IntelligenzBlatt, 1859.
[20]) Schultz. Wiener medic. Wochenschr., 1860, n. 27.
[21]) Grünewaldt. Uber die Lähmungen des Nerv. facialis. Pet. med. Ztsch. Bd. III 1862, стр. 321 и слѣд.
[22]) Ziemssen. Elektricitaet in der Med. 2 aufl. 1864.
[23]) Rosenthal. Elektrotherapie 2 Aufl., 1869
[24]) Meyer. Die Elektricitaet et. 2 Aufl., 1861.
[25]) Brückner. Deutsch. Klinik, 1865, n. 30.

нервныхъ стволовъ, такъ какъ въ послѣднихъ случаяхъ его не бываетъ.

Теперь нужно разсмотрѣть, имѣютъ ли сходство, какъ нѣкоторые авторы предполагаютъ, всѣ, безъ исключенія, заболѣванія нервныхъ стволовъ, которыми обусловливается быстрое измѣненіе электрической сократительности съ послѣдующей атрофіею мышцъ, съ поврежденіями, дѣлаемыми при перерѣзкѣ нервовъ у животныхъ? Въ сущности, между ними нѣтъ никакого сходства и, если я не ошибаюсь, въ этомъ именно обстоятельствѣ и нужно искать разрѣшенія спорнаго вопроса. Вообще можно сказать, что перерѣзка или вырѣзываніе нерва не вызываютъ обыкновенно въ этихъ послѣднихъ никакой реакціи. Наступающее вслѣдъ за операціею, какъ необходимое ея послѣдствіе, перерожденіе волоконъ периферическаго конца можно разсматривать вообще, какъ процессъ чисто пассивный, разумѣется, при условіи отсутствія какихъ бы то ни было осложненій. Причемъ въ мышцахъ, лишенныхъ нервнаго вліянія, хотя и прекращается функціональное ихъ отправленіе, однако они, повидимому, претерпѣваютъ только такія измѣненія, которыя обусловливаются ихъ недѣятельностью [26]).

Совершенно различными, представляются намъ пораженія нервовъ у человѣка, съ которыми находятся въ связи явленія, изучаемыя нами теперь. Причемъ почти всегда, когда они травматическаго происхожденія и обусловливаются сотрясеніемъ, ушибомъ, сжатіемъ или несовершеннымъ разрывомъ нерва, они влекутъ за собою развитіе ирритативнаго процесса въ различныхъ тканяхъ, участвующихъ въ строеніи нерва. Нерѣдко случается, что въ подобныхъ случаяхъ, при поврежденіи смѣшаннаго нерва, быстро наступающая и скоротечная мышечная атрофія, обнаруживающаяся, почти съ самаго начала, потерею и уменьшеніемъ сократительности при фаредизаціи, сопровождается болѣе или менѣе сильными болями или же ненормальными ощущеніями, указывающими на раздраженіе, претерпѣваемое чувствительными волокнами [27]). Иногда онѣ замѣчаются ранѣе, въ другихъ случаяхъ позже появленія атрофіи. Часто къ этимъ болямъ присоединяются еще явленія нарушеннаго питанія въ кожѣ (пузырчатая сыпь, лишаи, лоснящаяся кожа), которыя мы разсматриваемъ, какъ эффектъ

[26]) Смотри примѣчаніе 15, стр. 35.
[27]) Duchenne (de Boulogne), loc. cit. obs., IX, X.

ирритативнаго поврежденія кожныхъ нервовъ и которыя никогда не появляются при чистой и простой перерѣзкѣ нервныхъ стволовъ [28]). Тоже самое должно сказать и о самопроизвольно развившихся припадкахъ. Такъ, въ наблюденіи Эрба, вслѣдствіе каріознаго процесса скалистой кости, стволъ лицеваго нерва помѣщался въ гноѣ и былъ окруженъ со всѣхъ сторонъ плотною перепонкою изъ новообразованной соединительной ткани [29]). Въ другихъ случахъ, прижатіе производится медленно растущею опухолью, которая, прежде окончательнаго сплющиванія нерва, должна производить вродолженіи извѣстнаго времени, раздраженіе нервныхъ волоконъ. Однимъ словомъ, всѣ параличи и даже такъ называемый ревматическій или a frigore—параличь лицеваго нерва, хотя мы еще объ этомъ послѣднемъ не имѣемъ положительныхъ наблюденій, тоже должны обусловливаться воспалительнымъ состояніемъ влагалища нервнаго ствола.

Извѣстно, что перерѣзка нервовъ часто употребляется въ хирургической практикѣ и что въ подобныхъ обстоятельствахъ часто замѣчали мышечную атрофію и потерю электрической сократительности; но я не думаю, чтобы при этомъ нашлось достаточно фактовъ, доказывающихъ, *съ первыхъ же дней, уменьшеніе или прекращеніе сократительности при фарадизаціи и появленіе въ первыхъ же недляхъ атрофіи и мышечнаго перерожденія.* По крайней мѣрѣ, я немогъ отыскать до сихъ поръ подобнаго рода наблюденій.

Такимъ образомъ, Мм. Гг., мы приходимъ къ тому замѣчательному различію, которое было предложено въ этомъ отношеніи Браунъ-Секаромъ: *одно только раздраженіе нервовъ способно вызвать быструю и скоротечную атрофію*

[28]) См. между прочимъ наблюденіе недавно опубликованное докторомъ Константиномъ Полемъ (Société de Thérapeutique, séance du 7 mai 1871, въ Gazette médicale, стр. 257, n. 25, 1871). „Одно изъ замѣчательнѣйшихъ растройствъ питанія, обусловленныхъ поврежденіемъ нервовъ, есть истощеніе или атрофія мышцъ, которыя находились подъ вліяніемъ этихъ нервовъ. Эта атрофія можетъ существовать одна или совмѣстно съ другими разстройствами питанія, появляющимися въ кожѣ или въ смежныхъ съ нею частяхъ". (Mitchell, Morehouse et Keen. Gunshot Wounds, etc. стр. 69).

[29]) См. P. Brouardel. Lésions du rocher, carie, nécrose et des complications qui en sont la conséquence. Extrait du *Bulletin de la Société anatomique*, Paris, 167.

[30]) F. Niemeyer. Lehrbuch der Spec. Pathologie und Therapie. 7 Auf. 2 Bd. стр. 336.

мышцъ съ предшествующимъ уменьшеніемъ или исчезновеніемъ сократительности при фаредизаціи. Совершенная же перерѣзка нервовъ производитъ атрофію и потерю электрической реакціи только въ концѣ значительнаго промежутка времени, подобно тому, какъ это бываетъ при продолжительномъ ихъ бездѣйствіи.

Принимая это положеніе и признавая существованіе ирритативнаго заболѣванія нервныхъ стволовъ, намъ нужно теперь разсмотрѣть, какимъ образомъ при этомъ заболѣваніи происходятъ, какъ болѣе или менѣе прямое его послѣдствіе, быстрая потеря электрической сократительности, скоротечная атрофія мышцъ и цѣлый рядъ другихъ разсматриваемыхъ нами явленій, обнаруживающихся обыкновенно при клиническомъ наблюденіи.

Вы знаете, что вслѣдъ за параличемъ движенія, которымъ, въ большинствѣ случаевъ, начинается рядъ явленій, ослабленіе или потеря электрической сократительности является намъ первымъ признакомъ, который мы открываемъ въ подобныхъ обстоятельствахъ. Нѣкоторые авторы видятъ въ этомъ только простое слѣдствіе потери возбудительности нерва, которая наступаетъ, въ этихъ случаяхъ, какъ и при перерѣзкѣ нервовъ, очень рано (около 5-го дня) и обусловливается перерожденіемъ медуллярныхъ влагалищъ (gaînes medullaires) ниже поврежденнаго мѣста. Извѣстно, что мышечныя сокращенія бываютъ гораздо сильнѣе въ тѣхъ случаяхъ, когда дѣйствіе электричества передается чрезъ посредство нервовъ, чѣмъ тогда, когда при уничтоженіи нервныхъ нитей, электроды непосредственно прикладываются къ самому сократительному мышечному веществу. Но, во всякомъ случаѣ, если бы вышеприведенное мнѣніе было справедливо, то очень замѣтное ослабленіе или видимое уничтоженіе электрической сократительности должно появляться постоянно чрезъ нѣсколько дней послѣ перерѣзки нервовъ, такъ какъ при этомъ периферическій конецъ нерва всегда теряетъ свою возбудительность послѣ пяти или шести дней. Между тѣмъ, мы знаемъ, что въ этихъ случаяхъ ничего подобнаго не происходитъ. Съ другой стороны еще не доказано, чтобы тѣ пораженія нервовъ, которыми обусловливается скоротечная потеря электрической сократительности, могли бы совершенно прервать цѣлость нервныхъ волоконъ и уничтожить міэлиновый цилиндръ. Дѣйствительно, можно привести значительное число фактовъ,

доказывающихъ, что непрерывность нервовъ, по крайней мѣрѣ, въ извѣстной степени, существуетъ и при такихъ поврежденіяхъ, которыми между тѣмъ обусловливается появленіе значительныхъ трофическихъ растройствъ въ мышцахъ.

Такимъ образомъ, иногда замѣчали, что послѣ травматическаго поврежденія нерва на его протяженіи, двигательная способность, впродолженіи нѣкотораго времени, сохранялась и даже не ослаблялась до тѣхъ поръ, пока не появлялись трофическія растройства въ мышцахъ [31]). Кромѣ того, необходимо замѣтить, что при поврежденіи нервовъ смѣшанныхъ, чувствительность кожи и мышцъ часто почти не измѣняется, даже и тогда, когда быстрое ослабленіе электрической сократительности и послѣдовательная мышечная атрофія достигли уже высокой степени; фактъ этотъ былъ наблюдаемъ Дюшенемъ [32]), Митчелемъ, Моргаузомъ и Киномъ [33]). Возможно ли въ этихъ случаяхъ допустить, что-бы одни только двигательныя волокна подвергались глубокому измѣненію, между тѣмъ какъ перемѣшанныя съ ними во всю толщину нерва, чувствительныя волокна остаются не поврежденными? Приводимъ еще одно болѣе прямое доказательство: вслѣдствіе извѣстныхъ страданій спиннаго мозга, какъ-то: гематоміэліи (hématomyélie), остраго центральнаго міэлита, дѣтскаго паралича, при которыхъ первоначальное пораженіе занимаетъ преимущественно сѣрое вещество, вообще наблюдается, такъ же какъ и при ирритативныхъ пораженіяхъ нервовъ, уменьшеніе или же совершенное уничтоженіе электрической сократительности въ мышцахъ конечностей, пораженныхъ параличемъ. Симптомъ этотъ замѣчается уже спустя нѣсколько дней отъ начала болѣзни и затѣмъ вскорѣ появляется, болѣе или менѣе ясно выраженная, атрофія мышцъ. Въ подобныхъ случаяхъ было произведено много мик-

---

[31]) Смотри наблюденіе Дюшеня (de Boulogne), loc. cit. стр. 207.

[32]) „Въ послѣдовательныхъ параличахъ, при травматическихъ поврежденіяхъ нервовъ смѣшанныхъ, сократительная функція мышцъ поражается сильнѣе, чѣмъ чувствительная; такъ, при вывихѣ плеча съ поврежденіемъ нервовъ, управляющихъ плечемъ, предплечіемъ и кистью, я видѣлъ больнаго, у котораго мышечная чувствительность замѣчалась даже и тогда, когда уже самое сильное электрическое возбужденіе не производило въ его мышцахъ и слѣда сокращеній. Чувствительность кожи подвергалась еще меньшему измѣненію, чѣмъ мышечная въ случаяхъ этихъ нервныхъ поврежденій (Дюшень, loc cit. стр. 216).

[33]) Mitchell etc. loc. cit. стр. 97.

роскопическихъ изслѣдованій мышечныхъ нервовъ; причемъ ихъ находили или нормальными, или же они представляли извѣстную степень измѣненій, свойственныхъ зернисто-жировымъ перерожденіямъ; но въ такихъ случаяхъ эти послѣднія измѣненія, относительно ихъ интензивности и распространенія, не соотвѣтствовали мышечнымъ пораженіямъ. Мы возвратимся еще къ этому важному факту.

Изъ предыдущаго вы видите, что, по моему мнѣнію, быстрое уничтоженіе электрической возбудительности, слѣдующее за пораженіемъ нерва, не обусловливается исключительно только зернисто-жировымъ измѣненіемъ оболочки нервной трубочки и потерею возбудительности нервныхъ волоконцевъ, которая составляетъ послѣдствіе этого измѣненія; а потому очень вѣроятно, что описываемое нами явленіе обусловливается какимъ-нибудь измѣненіемъ, происшедшимъ въ самомъ существѣ сократительнаго вещества, подъ вліяніемъ раздраженія, переданнаго первичному мышечному пучку чрезъ посредство конечныхъ нервныхъ развѣтвленій. Скорость, съ которою появляется это трофическое разстройство, не опровергаетъ нашей гипотезы, такъ какъ опытъ показываетъ намъ, что, подъ вліяніемъ извѣстныхъ причинъ, какъ напр., быстраго прекращенія тока артеріальной крови, мышечное волокно можетъ измѣниться еще скорѣе (впродолженіи нѣсколькихъ часовъ). Это послѣднее измѣненіе аналогично, безъ всякаго сомнѣнія, нами описываемому, такъ какъ оно выражается тоже уничтоженіемъ специфической мышечной сократительности [34]).

Изъ хода явленій, обыкновенно получаемыхъ при клиническихъ наблюденіяхъ, слѣдуетъ заключить, что это измѣне-

[34]) „Я перерѣзалъ сѣдалищный нервъ съ одной стороны у двухъ кроликовъ и двухъ морскихъ свинокъ. По прошествіи десяти дней, гальваническое раздраженіе перерѣзаннаго нерва не вызывало уже сокращенія въ мышцахъ, между тѣмъ какъ непосредственное приложеніе электродовъ къ этимъ послѣднимъ производило въ нихъ сильныя сокращенія. Послѣ этого, я перевязалъ аорту выше начала почечныхъ артерій и спустя 3 часа опять испытывалъ дѣйствіе электричества; приэтомъ не получалось никакихъ сокращеній въ мышцахъ бедра, какъ отъ раздраженія нерва, такъ и отъ непосредственнаго раздраженія самыхъ мышцъ. Тогда я снялъ лигатуру и по прошествіи очень короткаго времени, мышцы опять пріобрѣли способность сокращаться; сѣдалищный же нервъ оставался по прежнему парализованнымъ. Изъ этого опыта видно, что ни нервные центры, ни сѣдалищный нервъ не имѣли вліянія на возвращеніе прекратившейся раздражительности въ мышцахъ бедра и что она возстановилась только при посредствѣ питанія.“ (Brown-Séquard.—Jour. de Physiologie t. II, стр 77, 1859).

ніе сократительныхъ волоконъ, обнаруживающееся измѣненіемъ электрической сократительности, является предвѣстникомъ и какъ-бы первымъ предѣломъ ряда болѣе глубокихъ пораженій, которыя мало по малу приводятъ мышцу къ атрофіи, а иногда влекутъ за собою и совершенное прекращеніе ея отправленія. Наблюденія, о которыхъ мы упомянули и къ которымъ мы еще возвратимся впослѣдствіи, повидимому, указываютъ на ирритативный характеръ большей части подобныхъ пораженій. Послѣ этого, слѣдуя принятой нынѣ теоріи, можно было бы разсматривать эти пораженія какъ болѣе или менѣе прямое послѣдствіе паралича вазомоторныхъ нервовъ, сопровождающихъ параличь мышечныхъ двигательныхъ нервовъ. Въ настоящее время, въ опроверженіе подобнаго воззрѣнія, мы ограничимся указаніемъ только отсутствія необходимыхъ признаковъ вазомоторнаго паралича, именно: отсутствія переполненія кровью сосудовъ и возвышенія температуры, что наблюдается только въ исключительныхъ случаяхъ—при пораженіи нервовъ у больныхъ, представляющихъ паралитическія явленія съ быстрымъ уменьшеніемъ электрической сократительности.

Напротивъ того, многочисленныя наблюденія показываютъ, что кожа въ подобныхъ случаяхъ чаще всего представляется блѣдною, анемическою и, въ тоже время, мѣстная температура съ самаго начала болѣзни явственно понижается [35]).

II.

Въ такомъ смыслѣ былъ разрѣшенъ спорный вопросъ, который я себѣ задалъ, когда я узналъ о новыхъ изслѣдованіяхъ, произведенныхъ по этому предмету въ Германіи. Результаты этихъ изслѣдованій, въ которыхъ многочисленные опыты, произведенные надъ животными, сравнивались съ патологическими фактами, показались мнѣ, на первыхъ порахъ, опровергающими всѣ мои предположенія, такъ какъ, судя по заключеніямъ авторовъ, не существуетъ никакого различія между пассивными и ирритативными поврежденіями нервовъ въ отношеніи ихъ дѣйствія на сократительность и питаніе мышцъ. При этомъ я долженъ заявить, что упомя-

[35]) Duchenne (de Boulogne), loc. cit. стр. 234.—Mitchell, loc. cit. стр. 134.—Folet, Etudes sur la température der parties paralysées. Paris 1867, стр. 7.

нутые мною опыты были произведены Эрбомъ (1868) и въ тоже время, независимо отъ него, Цимсеномъ и Вейсомъ, повидимому, съ большимъ стараніемъ. Теперь посмотримъ— имѣютъ-ли они то значеніе, которое имъ приписываютъ?

Разнообразныя поврежденія нервовъ, какъ-то: раздавливаніе, перевязка, перерѣзка, были произведены на кроликахъ; причемъ ежедневно наблюдалось измѣненіе электрической сократительности, появляющееся какъ со стороны нервовъ, такъ и со стороны мышцъ, подъ вліяніемъ постояннаго тока и фарадизаціи, которые были испытываемы попеременно. Электризированіе производилось то чрезъ кожу, какъ при медицинскомъ употребленіи, то непосредственно, какъ при физіологическихъ опытахъ. Кромѣ того, Эрбъ старался прослѣдить, на сколько возможно, ежедневныя гистологическія измѣненія, соотвѣтствующія измѣненіямъ электрической возбудительности.

Разсмотримъ сперва явленія, наблюдаемыя въ этихъ опытахъ на поврежденныхъ *нервахъ*. Предположимъ, что помощью пинцета произведено раздавливаніе сѣдалищнаго нерва у кролика. Такое поврежденіе можетъ быть или очень сильное или же легкое; при первомъ изъ нихъ почти тотчасъ замѣчается потеря электрической возбудительности, какъ при фарадизаціи, такъ и при гальванизаціи. Съ возстановленіемъ же нерва, замѣчается медленное возвращеніе возбудительности въ центральномъ и напротивъ, быстрое въ периферическомъ его концѣ. При легкомъ поврежденіи электрическая возбудительность скоро возвращается въ центральномъ концѣ и никогда совершенно не исчезаетъ въ периферическомъ.

Вы видите, что эти первые результаты не разнятся значительно отъ тѣхъ, которые получены при прежнихъ опытахъ, такъ какъ ими тоже доказывается что, перерѣзанный нервъ теряетъ свою возбудительность съ первыхъ же дней.

Теперь разсмотримъ тѣ явленія, которыя получились въ новыхъ опытахъ при электрическомъ изслѣдованіи мышцъ. Здѣсь, М. Г., результаты значительно расходятся съ полученными при прежнихъ опытахъ и очень приближаются къ патологическимъ фактамъ.

Такъ изслѣдованіе *посредствомъ фарадизаціи* обнаруживаетъ уже, съ первыхъ же дней, уменьшеніе, а нѣсколько дней позже (отъ 5 до 14 дней въ трудныхъ случаяхъ) потерю сократительности.

Кромѣ того, *гальваническое* изслѣдованіе открываетъ так-

же въ первые дни ослабленіе мышечной сократительности; но съ конца второй недѣли за этимъ ослабленіемъ наступаетъ усиленное возбужденіе, которое продолжается во все время существованія уменьшенія фаредической сократительности ивъ свою очередь исчезаетъ съ возвращеніемъ силы въ этой послѣдней.

Мышечныя пораженія, соотвѣтствующія измѣненіямъ электрической сократительности, были изучаемы Эрбомъ очень тщательно. Во многихъ отношеніяхъ они заслуживаютъ названія цирроза мышцъ, предложенное Мантегаца [36]). Они напоминаютъ совершенно тѣ измѣненія, которыя были описаны Эрбомъ, въ случаяхъ паралича лицеваго нерва, видѣннаго имъ у человѣка.

Первыя измѣненія появляются въ промежуточной соединительной ткани, въ которой на первой же недѣлѣ появляется множество кругловатыхъ клѣточекъ, напоминающихъ ткань грануляцій, которыя затѣмъ принимаютъ продолговатую форму, исчезаютъ и замѣняются волнистою соединительною тканью. Измѣненіе мышечныхъ пучковъ начинается не ранѣе второй недѣли. Въ это время можно уже замѣтить уменьшеніе ихъ поперечнаго діаметра; эта атрофія идетъ очень скоро. Однако поперечная полосатость существуетъ, и волокна никогда не представляютъ и слѣдовъ измѣненій, свойственныхъ зернисто-жировому перерожденію. На оборотъ, ядра сарколеммы размножаются очень рано и группируются въ видѣ небольшихъ агрегатовъ, а сократительное вещество въ тоже время представляетъ различныя степени измѣненій, извѣстныхъ подъ названіемъ восковиднаго перерожденія.

Вотъ эти то явленія, описанныя какъ послѣдствія поврежденія нерва, были приняты предыдущими авторами за явленія, тождественныя съ происходящими при совершенной перерѣзкѣ нервовъ. Однако, я, не колеблясь, могу сказать, что такое сравненіе не выдерживаетъ критики. Условія, при которыхъ были получены результаты Эрбомъ и Цимсеномъ, безъ всякаго сомнѣнія, могутъ быть сравниваемы съ тѣми, которыя намъ доставляетъ патологія, но никакъ не съ тѣми, при которыхъ производились прежніе опыты. Припомнимъ только, какимъ образомъ эти наблюдатели поступали въ большинствѣ случаевъ. Почти всегда они производили, посредствомъ лигатуры, болѣе или менѣе сильное сжатіе нерва, или же раздавливали его болѣе или менѣе

[36]) Смотри примѣчаніе, стр. 35.

сильно, при помощи пинцета. Итакъ, не заключается ли уже въ самомъ этомъ производствѣ достаточныхъ обстоятельствъ къ предположенію возможности развитія раздраженія въ нервныхъ нитяхъ, подобно тому, какъ оно, по нашему мнѣнію, развивается и въ патологическихъ случаяхъ?

Но здѣсь дѣло идетъ не объ одномъ только простомъ предположеніи. Такъ изъ описанія того же самаго Эрба видно, что воспаленіе существуетъ не только по сосѣдству съ поврежденнымъ мѣстомъ, но что оно распространяется и во всю длину периферической части поврежденнаго нерва. Признаки воспалительнаго процесса въ особенности замѣтны на неврилеммѣ, гдѣ, уже на первой недѣлѣ, появляется большое количество кругловатыхъ клѣточекъ съ однимъ ядромъ; въ дальнѣйшемъ періодѣ замѣчается слой, болѣе или менѣе плотной фиброзной ткани, расположенной между нервными волоконцами, которыя, въ свою очередь, представляютъ различныя фазы зернисто-жироваго перерожденія, вслѣдствіе чего нервный стволъ пріобрѣтаетъ извѣстную плотность, которая позволяетъ ему лучше противустоять разрывамъ, чѣмъ въ нормальномъ состояніи.

Намъ кажется болѣе раціональнымъ допустить, что въ этихъ опытахъ, какъ въ подходящихъ къ нимъ патологическихъ случаяхъ, ирритативныя измѣненія, произведенныя въ нервахъ, отражаются и въ мышцахъ. При этомъ можетъ показаться непонятнымъ, какимъ образомъ нервъ, претерпѣвающій зернисто-жировое перерожденіе и лишенный двигательной способности, еще сохраняетъ извѣстную степень жизненности и былъ бы способенъ, подъ вліяніемъ ирритативнаго пораженія, реагировать на мышечное волокно и производить въ немъ трофическія разстройства. А потому здѣсь кстати замѣтить, что раздраженіе нерва начинается, по всей вѣроятности, съ самаго момента наложенія лигатуры или его раздавливанія. Съ другой же стороны извѣстно, что жизненность далеко не прекращается въ нервахъ, совершенно отдаленныхъ отъ нервныхъ центровъ, такъ какъ они могутъ возстановляться и безъ соприкосновенія периферическаго конца съ центральнымъ [37]). Сверхъ того, предположеніе, что въ нервныхъ трубочкахъ, лишенныхъ міэлиноваго цилиндра и ограничивающихся однимъ осевымъ цилиндромъ, прекращаются всѣ жизненныя свойства, можетъ быть только гипотетическимъ и не имѣетъ за собой прямыхъ доказательствъ.

[37]) Vulpian. Système nerveux, loc. cit., стр. 269.

Мы должны еще упомянуть, что въ опытахъ Эрба и Цимсена, кромѣ лигатуры и раздавливанія, были производимы еще перерѣзки и вырѣзыванія нервовъ, хотя относительно и въ небольшомъ числѣ случаевъ; причемъ они принимаютъ, что какъ при совершенной перерѣзкѣ, такъ и при раздавливаніи, всегда получались одинаковые результаты. Но если подробно разсмотрѣть эти наблюденія, то легко убѣдиться, что выведенное изъ нихъ заключеніе не вполнѣ вѣрно. Въ работѣ Цимсена мы находимъ одну главу, которая, въ этомъ отношеніи, имѣетъ немаловажное значеніе. Здѣсь описано наблюденіе надъ вырѣзываніемъ куска сѣдалищнаго нерва, величиною въ нѣсколько миллиметровъ. Полученные, при такомъ поврежденіи, результаты совершенно разнятся отъ тѣхъ, которые были наблюдаемы Эрбомъ послѣ лигатуры и раздавливанія нервовъ. Во многихъ отношеніяхъ они приближаются къ фактамъ, описаннымъ при физіологическихъ опытахъ, именно: во-первыхъ, электрическая сократительность, послѣ перерѣзки, хотя и уменьшается постепенно, но очень медленно, такъ что только по прошествіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ, а не между пятымъ и четырнадцатымъ днями, какъ это бываетъ при раздавливаніи, она, повидимому, совершенно уничтожается; во-вторыхъ, здѣсь мы не встрѣчаемъ болѣе того различія между дѣйствіемъ постояннаго тока и фаредизаціею, какое замѣчается при раздавливаніи и которое существуетъ, какъ вы помните, въ большинствѣ патологическихъ случаевъ, наблюдаемыхъ у людей. Напротивъ того, оба способа изслѣдованія даютъ совершенно одинаковые результаты: сократительность при фаредизаціи и сократительность при постоянномъ токѣ одновременно ослабѣваетъ и одновременно возвращается къ прежней энергіи при возстановленіи нерва, которое наступаетъ только послѣ очень долгаго промежутка времени[38]).

---

[38]) Сравните въ статьѣ Цимсена и Вейса (loc. cit. стр. 589) наблюденіе № II, табл. 3, относящееся къ случаю перевязки передняго больше-берцоваго нерва у кролика, съ наблюденіемъ № II (стр. 593), въ которомъ описано, тоже у кролика, вырѣзываніе сѣдалищнаго нерва. Въ первомъ случаѣ сократительность при фаредизаціи, повидимому, совершенно уже прекратилась на 12-й день послѣ операціи, между тѣмъ какъ, на оборотъ, сократительность при постоянномъ токѣ усилилась со втораго дня и оставалась въ такомъ положеніи до момента почти нормальнаго возвращенія сократительности при фаредизаціи (44-й день). Въ другомъ случаѣ сократительность при фаредизаціи и сократительность при постоянномъ токѣ ослабѣвали параллельно и постепенно, хотя и чрезвы-

И такъ, на основаніи этихъ данныхъ, можно, если я не ошибаюсь, заключить, что новѣйшія наблюденія относительно перерѣзки и вырѣзыванія нервовъ, въ существенныхъ своихъ частяхъ, согласны съ прежними и что результаты, полученные Эрбомъ и Цимсеномъ при раздавливаніи и перевязкѣ нервныхъ стволовъ у животныхъ, могутъ быть сравнены съ тѣми явленіями, которыя замѣчаются у людей, какъ послѣдствія ирритативныхъ поврежденій смѣшанныхъ или чисто-двигательныхъ нервовъ.

Слѣдовательно, если наше заключеніе справедливо, то не существуетъ разногласія, о которомъ мы выше говорили и нужно признать, что *между эффектами отсутствія дѣятельности въ мышцахъ и эффектами болѣзненной дѣятельности въ нихъ нервной системы*, о чемъ мы уже говорили при разсматриваніи пораженій кожи и суставовъ, *замѣчается существенное различіе*[39]).

чайно медленно. Онѣ прекратились почти одновременно только въ срединѣ третьяго мѣсяца и затѣмъ появились вмѣстѣ, по прошествіи четырехъ съ половиною мѣсяцевъ. Вотъ подлинныя выраженія Цимсена и Вейса, по поводу вліянія вырѣзыванія сѣдалищнаго нерва: „У животныхъ, которымъ была произведена эта операція, гальваническая возбудительность постепенно ослабѣвала, но этому ослабленію не предшествовалъ періодъ ея усиленія. Ходъ ея былъ медленный и точно такой же, какъ и ходъ ослабленія возбудительности мышцъ при фарадизаціи. Возбудительность гальваническая исчезла во второй половинѣ третьяго мѣсяца и снова появилась къ концу 7 или 8 мѣсяца " (Loc. cit. стр. 592, 593).

[39]) Новые опыты Вульпіана (Arch. de Physiologie, t. IV, 1871 — 72, стр. 757, 758) подтверждаютъ, почти во всѣхъ отношеніяхъ, опыты Цимсена и Эрба. Эти опыты указываютъ на то, что эффектъ перерѣзки периферическихъ нервовъ на физіологическія свойства и строеніе мышцъ въ существенныхъ чертахъ вовсе не отличается отъ дѣйствія различныхъ раздражающихъ средствъ, какъ-то: мѣстнаго размозженія, лигатуры, прижиганія на тѣ же нервы. Съ другой стороны, патологическія наблюденія Неймана (Arch. f. Heilkunde, Leipzig, 1868), Ранвье (Compt. rendus de l'Académie d. Sciences, 30 décembre 1872) и Эйкхорста (Virchow's Arch., 1874, 12 Dec.) безспорно доказали постоянныя измѣненія въ периферической конечности перерѣзаннаго нерва. Эти измѣненія состоятъ въ размноженіи ячеекъ межаннулярнаго сегмента и доказываютъ существованіе ирритативнаго процесса. Поэтому нельзя удержать въ силѣ то различіе, которое мы установили между эффектами перерѣзки нервовъ и ихъ раздраженіемъ въ той абсолютной формѣ, въ какой оно изложено въ этой лекціи (примѣчаніе ко 2-му изданію).

Послѣдовательныя трофическія растройства при пораженіяхъ спиннаго мозга.

Ирритативныя поврежденія нервныхъ центровъ, подобно тому какъ и таковыяже поврежденія нервовъ, имѣютъ способность производить трофическія растройства различныхъ отдаленныхъ частей тѣла. Въ предлагаемомъ вамъ изложеніи этихъ послѣдовательныхъ измѣненій мы опять найдемъ, съ нѣкоторыми только отличіями, цѣлый рядъ тѣхъ пораженій, которыя какъ мы уже видѣли, обнаруживаются при поврежденіяхъ нервовъ и потому задача, которую предстоитъ намъ рѣшить, значительно облегчается знакомствомъ съ этими послѣдними.

Можно вообще, мм. гг. сказать, что вслѣдствіе поврежденій спиннаго и головнаго мозга, разнообразныя трофическія растройства могутъ обнаруживаться *въ кожѣ, мышцахъ, сочлененіяхъ, костяхъ и наконецъ въ полостяхъ*. Для бблышей легкости, разсмотримъ сперва *мышечныя пораженія*, такъ какъ изученіемъ ихъ мы только что занимались. Изслѣдованія, которыя мы вамъ представимъ относительно этихъ пораженій, касаются только поврежденій спиннаго и продолговатаго мозга, такъ какъ въ высшей степени сомнительно, чтобы, вслѣдствіе поврежденій собственно головнаго мозга, могли бы произойти непосредственныя измѣненія мышечной ткани. Этотъ фактъ,какъ мы впослѣдствіи увидимъ, имѣетъ чрезвычайно важное значеніе.

Мышечныя измѣненія вслѣдствіе пораженій спиннаго мозга. Между ирритативными пораженіями спиннаго мозга, одни изъ нихъ производятъ очень быстро всѣ тѣ же мышечныя измѣненія, функціональныя или органическія, которыя мы уже изучали, какъ послѣдствія поврежденій нервовъ; при другихъ же, напротивъ, электрическая сократительность и трофическое состояніе мышцъ остаются неизмѣненными впродолженіи значительнаго промежутка времени, напр. нѣсколькихъ мѣсяцевъ, а иногда даже и лѣтъ. Въ послѣднемъ случаѣ мышцы измѣняются только со временемъ, подъ вліяніемъ функціональной ихъ бездѣятельности, обусловленной параличемъ движенія въ пораженныхъ членахъ. Такимъ образомъ ирритативныя пораженія спиннаго мозга составляютъ двѣ совершенно различныя группы, разсмотрѣніемъ которыхъ мы теперь и займемся.

А. *Къ первой группѣ* мы относимъ такія ирритативныя пораженія спиннаго мозга, которыя не измѣняютъ непосредственно питанія въ мышцахъ. Они представляютъ тотъ общій характеръ, что всѣ измѣненія ограничиваются преимущественно бѣлымъ веществомъ пучковъ, а если иногда и поражается сѣрое осевое вещество (l'axe gris), то это пораженіе не распространяется на передніе рога, или же, по крайней мѣрѣ, большія, мультиполярныя нервныя клѣтки, находящіяся въ этой области, не подвергаются измѣненіямъ. Такими представляются различныя формы *пучковиднаго склероза* (sclérose fasciculée), несмотря на то, развивается ли онъ первоначально или же, на оборотъ, какъ послѣдствіе *ограниченнаго* пораженія головнаго или спиннаго мозга занимаетъ ли исключительно одни боковые или одни задніе пучки, или же одновременно оба вмѣстѣ. До тѣхъ поръ, пока вышеозначенное условіе, т. е. цѣлость большихъ нервныхъ клѣтокъ не нарушается, заболѣванія эти могутъ достигать высшей степени развитія, напримѣръ, занимать всю толщину бѣлыхъ пучковъ и распространяться вверхъ на всемъ ихъ протяженіи, не производя непосредственныхъ измѣненій въ питаніи мышцъ, которыя находятся подъ вліяніемъ нервовъ, выходящихъ изъ поврежденныхъ мѣстъ спиннаго мозга [40]).

Но картина явленій непремѣнно измѣняется, если ирритативный процессъ, переходя вышеозначенные предѣлы, распространяется съ бѣлыхъ пучковъ на передніе рога сѣраго вещества; тогда, вслѣдствіе пораженія двигательныхъ нервныхъ клѣтокъ, можетъ воспослѣдовать болѣе или менѣе быстрая и болѣе или менѣе ясно выраженная атрофія мышцъ. Такимъ образомъ, какъ я доказалъ [41]), симптомы общаго спиннаго паралича или прогрессивная аміотрофія посредствомъ этого механизма присоединяются иногда къ классическимъ симптомамъ задняго склероза (sclérose postérieure), къ склерозу боковыхъ канатиковъ (sclérose de cordons latéraux) и проч. Еще недавно мы наблюдали много подобнаго рода явленій, при которыхъ очень ясно можно было

[40]) Charcot et Joffroy. — Два случая прогрессивной мышечной атрофіи съ пораженіемъ сѣраго вещества и передне-боковыхъ пучковъ спиннаго мозга, въ Archives de Physiologie t. II. стр. 635.

[41]) Charcot et Joffroy, loc. cit., стр. 354.

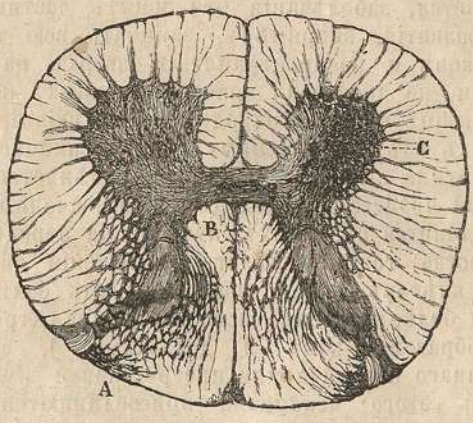
доказать подъ микроскопомъ, измѣненіе нервныхъ клѣтокъ, обусловливающее, по моему мнѣнію, трофическія разстройства въ мышцахъ [42]).

Тоже самое относится *къ склерозу, въ видѣ разсѣянныхъ*

---

[42]) Смотри, между прочимъ, случай, недавно опубликованный однимъ изъ моихъ учениковъ, Пierре *«Объ измѣненіяхъ сѣраго вещества спиннаго мозга при двигательной атаксіи и ихъ отношеніи къ мышечной атрофіи, которою иногда она осложняется.* Въ Archives de Physiologie, etc. t. III, стр. 599. Въ этомъ случаѣ воспалительный процессъ распространялся съ заднихъ столбовъ на передній рогъ сѣраго вещества правой стороны, слѣдуя направленію внутреннихъ лучистыхъ пучковъ соотвѣтственной стороны. Послѣдовательная мышечная атрофія поражала только конечности правой стороны. (См. фиг. 1) —Вотъ краткое изложеніе одного случая, который показываетъ, какимъ образомъ послѣдовательный пучковидный склерозъ (sclérose fasciculée) одной стороны, распространяясь на сѣрое вещество, можетъ обусловить мышечную атрофію.

Фиг. 1.



Фиг. 1 Эта фитура относится къ случаю, опубликованному Пierре (см. примѣч. 3, стр. 54). Она представляетъ поперечный разрѣзъ спиннаго мозга, сдѣланный въ поясничномъ утолщеніи. А. Заднія корешки, В. Внутреннія лучистые пучки, пересѣкающіе кругъ заднихъ канатиковъ. Видѣнъ ограниченный склерозъ въ заднихъ канатикахъ на трактѣ этихъ пучковъ. Направо, воспалительный процессъ распространился по направленію хода лучистыхъ пучковъ до праваго передняго рога, С. Діаметръ этого рога на всемъ протяженіи значительно уменьшенъ; кромѣ того наружная группа двигательныхъ клѣтокъ совершенно исчезла и на ея мѣстѣ видна плотная опаловая ткань, съ виду фиброидная и усѣянная множествомъ мізлоцитовъ.

Женщина, 70 лѣтъ, была поражена полупараличемъ лѣвой половины тѣла, вслѣдствіе кровоизліянія въ правое полушаріе. Въ парализованныхъ конечностяхъ уже очень рано появились контрактуры, между тѣмъ какъ объемъ конечностей началъ уменьшаться только спустя два мѣсяца послѣ удара. Мышечная атрофія распространялась однообразно во всѣхъ частяхъ парализованныхъ конечностей; ходъ ея былъ быстрый и она сопро-

бляшекъ (sclérose en plaques disséminées) [43]) и къ склерозамъ разлитымъ а также къ первичнымъ частичнымъ міэлитамъ или такимъ, которые происходятъ вслѣдствіе прижатія, производимаго опухолью, Поттовою болѣзнью позвонковъ и проч. Эти различныя пораженія не оказываютъ прямаго вліянія на питаніе мышцъ до тѣхъ поръ, пока ими не поражается система двигательныхъ нервныхъ клѣтокъ. Исключеніе изъ этого правила представляютъ только тѣ довольно рѣдкіе случаи, гдѣ, хотя и ограниченныя пораженія бѣлыхъ канатиковъ, но занимаютъ тѣ ихъ части, чрезъ которыя проходятъ пучки нервныхъ трубокъ, дающихъ начало переднимъ корешкамъ. Какъ бы ни было незначительно измѣненіе этихъ пучковъ, тѣмъ не менѣе оно производитъ такія явленія, которыя напоминаютъ пораженія периферическихъ нервовъ [44]).

вождалась значительнымъ уменьшеніемъ электрической сократительности. Вмѣстѣ съ появленіемъ атрофіи, на кожѣ парализованныхъ конечностей подверженныхъ самому легкому прижатію появлялись во всѣхъ мѣстахъ пузырьки, вскорѣ превращавшіеся въ эшару. При вскрытіи мы замѣтили, на отвердѣлыхъ разрѣзахъ спиннаго мозга, что пучковидный склерозъ съ боковаго лѣваго канатика распространялся на передній рогъ сѣраго вещества соотвѣтствующей стороны и произвелъ въ немъ атрофію извѣстнаго количества двигательныхъ клѣтокъ.

[43]) У женщины, пораженной многодольчатымъ церебро-спинальнымъ склерозомъ, которую мы наблюдали нѣсколько лѣтъ тому назадъ, одна изъ склерозированныхъ бляшекъ занимала, около середины шейной области и на нѣкоторое пространство вверхъ, почти все сѣрое вещество спиннаго мозга, въ особенности же передніе рога. На этомъ уровнѣ, большая часть нервныхъ клѣтокъ была атрофирована, а нѣкоторыя изъ нихъ даже и совершенно исчезли безъ слѣда. У этой женщины руки представляли безобразіе, извѣстное подъ названіемъ „griffe“. Мышцы, образующія eminentiam thenar и hypothenar, а также и межкостныя были атрофированы; явная мышечная атрофія замѣчалась и на нѣкоторыхъ группахъ мышцъ предплечій.

[44]) Касательно частичныхъ міэлитовъ, какъ самостоятельныхъ, такъ и обусловливающихся опухолью, нужно замѣтить слѣдующее: они помѣщаются чаще всего въ спинной области мозга и незначительно распространяются вверхъ. Слѣдовательно, если передніе рога сѣраго вещества при такомъ расположеніи поражаются первично, или же чрезъ концентрическое распространеніе болѣзненнаго процесса, то появляющіяся при этомъ мышечныя пораженія, которыя обусловливаются участіемъ въ этомъ процессѣ сѣраго осеваго вещества ограничиваются извѣстными только областями груди и живота и могутъ не обнаруживать при жизни никакихъ симптомовъ. При такомъ частичномъ міэлитѣ, если только нѣтъ осложненія, питаніе мышцъ конечностей всегда совершается удовлетворительнымъ образомъ. Совершенно другое замѣчается въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ разовьется хотя и очень ограниченный міэлитъ, но занимаетъ извѣст-

Б. Вторая группа заключаетъ въ себѣ тѣ пораженія спиннаго мозга, которыя, почти неизбѣжно, влекутъ за собою болѣе или менѣе глубокое разстройство питанія въ мышцахъ. Эта группа имѣетъ два подраздѣленія.

1) Къ первому подраздѣленію относятся *ограниченныя извѣстнымъ фокусомъ или разлитыя* пораженія съ болѣе или менѣе острымъ теченіемъ, при которыхъ бѣлое и сѣрое вещество поражены вмѣстѣ, хотя, вообще, больше послѣднее и заболѣваніе это распространяется на значительномъ пространствѣ. Они обыкновенно сопровождаются глубокими измѣненіями электрической сократительности и скоротечною атрофіею мышечныхъ волоконъ. Первое мѣсто между ними занимаетъ *острый центральный міэлитъ*, при распространеніи котораго, хотя и незначительномъ, напр., когда онъ занимаетъ извѣстную часть спинно-поясничнаго утолщенія, появляется быстрое уменьшеніе электрической сократительности въ мышцахъ нижнихъ конечностей. Симптомъ этотъ появляется постоянно и совершеннаго его отсутствія, можетъ быть, никогда и не бываетъ. Въ одномъ подобномъ случаѣ Манкопфъ видѣлъ, что электрическая сократительность замѣтно уже измѣнилась спустя семь дней послѣ начала первыхъ припадковъ [45]).

Если больные не умираютъ очень скоро, то наблюдается развитіе и другихъ соотвѣтственныхъ явленій: вскорѣ обнаруживается атрофія мышечныхъ массъ и патологическія измѣненія мышечныхъ волоконъ. По мнѣнію Манкопфа [46]) и Энгелькена [47]), эти измѣненія въ особенности замѣчательны размноженіемъ ядеръ сарколеммы. Вообще же, они представляютъ признаки ирритативнаго процесса; между тѣмъ какъ жировое перерожденіе мышечныхъ пучковъ появляется при этомъ только въ исключительныхъ случаяхъ. Что же касается нервовъ, распространяющихся въ пораженныхъ мышцахъ, то, при изслѣдованіяхъ Манкопфа, они были находимы или со-

---

ныя части шейнаго или поясничнаго утолщенія. Тогда, при распространеніи болѣзненнаго процесса на передніе рога сѣраго вещества, послѣдовательныя мышечныя пораженія будутъ имѣть мѣсто въ конечностяхъ и обнаружатся какъ функціональнымъ разстройствомъ, такъ и измѣненіемъ ихъ вида, а потому не могутъ оставаться долгое время незамѣченными.

[45]) Mannkopf. Amtlicher Bericht über die Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte zu Hannover, стр. 251. Hannover, 1866.

[46]) Loc. cit.

[47]) H. Engelken. Beitrag zur Pathologie der acuten Myelitis. Zuerich 1867.

вершенно неизмѣненными, или же представляли только относительно легкія измѣненія, которыя, ни въ какомъ случаѣ, не соотвѣтствовали интензивности мышечныхъ пораженій [48]).

Второе мѣсто занимаетъ кровоизліяніе въ спинной мозгъ (apoplexie spinale, hématomyélie). Это пораженіе, какъ относительно своего происхожденія, такъ и относительно патологическихъ измѣненій, существенно отличается отъ обыкновеннаго кровоизліянія въ черепной мозгъ; такъ какъ вообще, при гематоміэліи кровоизліяніе происходитъ въ ткани, измѣненныя уже предшествовавшимъ воспаленіемъ. Кровь проникаетъ въ особенности въ сѣрое осевое вещество и довольно часто занимаетъ большую часть его длины. Въ такихъ случаяхъ быстро наступающее уменьшеніе или даже прекращеніе электрической сократительности въ мышцахъ парализованныхъ конечностей, составляетъ, какъ кажется, постоянное явленіе. Въ одномъ случаѣ, описанномъ Левье [49]), оно было замѣчено спустя четырнадцать дней послѣ появленія первыхъ припадковъ; а въ случаѣ Колена (?) въ день самаго кровоизліянія и на девятый день въ наблюденіи Дюріо [50]). Кровоизліяніе въ спинной мозгъ представляетъ вообще быстрое смертельное пораженіе, а потому при немъ и не были наблюдаемы еще патологическія измѣненія мышечныхъ пучковъ и атрофія мышцъ, что, безъ всякаго сомнѣнія, наступило бы при болѣе продолжительномъ теченіи болѣзни.

По всей вѣроятности *переломы и вывихи позвоночнаго столба*, производя сперва частное, а вскорѣ затѣмъ и общее раздраженіе спиннаго мозга, могутъ, какъ показало наблюденія Дюшеня обусловить быстрое уменьшеніе электрической сократительности въ мышцахъ парализованныхъ конечностей [51]).

2) Ко второму подраздѣленію относятся болѣе слабыя заболѣванія: они ограничиваются, такъ сказать, системати-

---

[48]) Объ этомъ предметѣ смотри сказанное уже на стр. 35.

[49]) Levier. Beiträge zur Pathologie der Rückenmarksapoplexie. Inauguraldissertation. Bern, 1864.

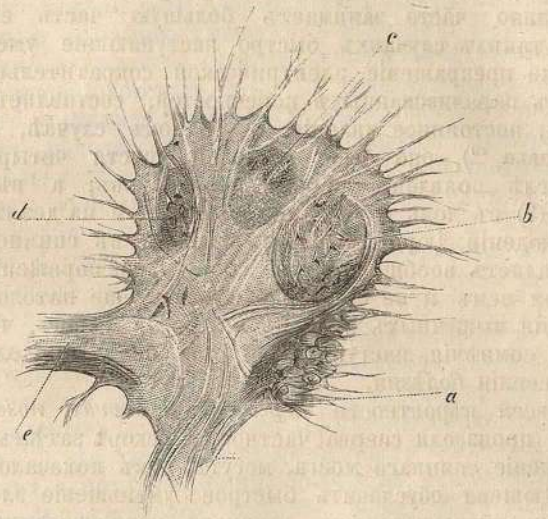
[50]) Duriau. Union médicale, t. I, 1859, стр. 308.

[51]) Смотри Duchenne (de Boulogne). Наб., стр. 246, loc. cit., переломъ позвоночнаго столба около середины спинной области. Спинной мозгъ былъ размягченъ на пространствѣ нѣсколькихъ дюймовъ на уровнѣ спинно-поясничной области. Ослабленіе электрической сократительности наступило на шестой день послѣ перелома.

чески сѣрымъ веществомъ переднихъ роговъ и рѣдко занимаютъ значительное ихъ пространство; ихъ часто замѣчали на очень ограниченномъ овальномъ пространствѣ, которое занимаетъ группа или агрегатъ двигательныхъ клѣтокъ (фиг. 2).

Невроглія, въ пораженныхъ мѣстахъ, представляется болѣе плотною, непрозрачною и усѣянною многочисленными міэлоцитами, вслѣдствіе происходившаго въ ней воспалительнаго процесса. Нервныя клѣтки представляютъ въ тоже

Фиг. 2.



Фиг. 2. Кусокъ поперечнаго разрѣза спиннаго мозга, произведеннаго на уровнѣ поясничной области, въ одномъ случаѣ дѣтскаго спиннаго паралича, занимавшаго правую нижнюю конечность. Рисунокъ представляетъ передній рогъ сѣраго вещества правой стороны. Заболѣваніе замѣчается исключительно на передне-наружной группѣ нервныхъ клѣтокъ—a) cervix cornu posteriorіs; b) задне—наружная группа нервныхъ клѣтокъ; c) передне-наружная группа. Клѣточки этой послѣдней группы совершенно исчезли; между тѣмъ какъ онѣ явственно замѣтны въ группахъ b и d;—d) внутренняя группа; e) спайка.

время различныя степени и различные виды атрофическаго перерожденія. Но теперь спрашивается, которые же изъ этихъ элементовъ поражаются первично? По всей вѣроятности, первичное пораженіе здѣсь происходитъ въ нерв-

ныхъ клѣткахъ. Иначе трудно было бы понять, чтобы строго локализированныя измѣненія могли бы появиться по сосѣдству съ клѣточками, еслибы невроглія служила ихъ исходнымъ пунктомъ. Сверхъ того, имѣются такіе случаи, въ которыхъ атрофія извѣстнаго числа нервныхъ клѣтокъ и даже цѣлой группы ихъ, представляла единственное измѣненіе, находимое при патологическомъ изслѣдованіи; соединительная ткань, въ этихъ мѣстахъ, сохраняла свою прозрачность и почти всѣ признаки нормальнаго строенія. Въ другихъ не менѣе замѣчательныхъ случаяхъ, пораженія невроглии были значительно сильнѣе къ центральнымъ частямъ группы нервныхъ клѣтокъ, чѣмъ къ ихъ периферіи; равнымъ образомъ; они было гораздо явственнѣе непосредственно около самой клѣточки, чѣмъ въ промежуткахъ между ними. Такимъ образомъ, клѣтки представлялись какъ бы центрами или фокусами, изъ которыхъ воспалительный процессъ лучеобразно распространялся на извѣстное пространство во всѣхъ направленіяхъ. Съ другой стороны нельзя также допустить, чтобы раздраженіе развилось первично въ периферическихъ частяхъ и затѣмъ уже достигло центральныхъ частей при посредствѣ переднихъ корешковъ нервовъ, такъ какъ эти послѣдніе вообще представляютъ, на уровнѣ измѣненныхъ мѣстъ спиннаго мозга, относительно очень слабыя пораженія и всегда непропорціональны интензивности пораженій сѣраго вещества. Изъ всего этого видно, что первичное заболѣваніе дѣйствительно происходитъ въ двигательныхъ нервныхъ клѣткахъ и затѣмъ уже послѣдовательно поражается невроглія и ирритативный процессъ мало по малу распространяется на различныя области переднихъ роговъ. Это распространеніе процесса происходитъ не всегда такимъ образомъ и были наблюдаемы случаи, въ которыхъ болѣзненный процессъ распространялся на передне-боковые пучки, т. е. непосредственно около переднихъ роговъ сѣраго вещества; такіе случаи должны быть разсматриваемы какъ послѣдовательное и чисто побочное явленіе [52]).

---

[52]) Въ лекціи, читанной въ Salpêtrière въ іюнѣ 1868 г., я излагалъ уже мой взглядъ относительно роли измѣненія такъ называемыхъ двигательныхъ нервныхъ клѣтокъ при происхожденіи прогрессивной мышечной атрофіи, дѣтскаго паралича, остраго центральнаго міэлита и вообще во всѣхъ мышечныхъ пораженіяхъ, зависящихъ отъ страданій спиннаго

Дѣтскій спинной параличъ представляетъ въ настоящемъ случаѣ самый совершенный типъ пораженій, относящихся къ этой категоріи. Въ послѣднее время во Франціи были произведены многочисленныя изслѣдованія спиннаго мозга при этой болѣзни, причемъ всѣ согласны въ томъ, что глубокое измѣненіе значительнаго числа двигательныхъ клѣтокъ въ той области спиннаго мозга, изъ которой выходятъ нервы, распространяющіеся въ парализованныхъ мышцахъ, составляетъ существенный фактъ болѣзни [53]). Вблизи атрофированныхъ клѣточекъ соединительная ткань почти всегда представляетъ явственные слѣды воспалительнаго процесса. Изъ совокупности всѣхъ явленій слѣдуетъ принять, какъ весьма вѣроятную гипотезу, что при дѣтскомъ спинномъ параличѣ скоротечный, острый ирритативный процессъ сразу поражаетъ значительное число нервныхъ клѣтокъ и такимъ образомъ внезапно прекращаетъ ихъ двигательную функцію. Нѣкоторыя меньше измѣненныя клѣточки чрезъ нѣсколько дней опять пріобрѣтаютъ способность къ своей функціи, что и соотвѣтствуетъ улучшенію болѣзненныхъ симптомовъ, которое всегда замѣчается въ извѣстномъ періодѣ болѣзни; но зато другія сильнѣе поражаются и происходящее въ нихъ раздраженіе посредствомъ нервовъ передается парализованнымъ мышцамъ, которыя, вслѣдствіе этого и претерпѣваютъ болѣе или менѣе глубокія трофическія разстройства [54]). Но какъ бы ни происходили эти измѣненія, намъ извѣстно, что уменьшеніе или даже потеря сократительности при фарадизаціи можетъ быть обнаружена уже спустя пять или шесть дней послѣ внезапнаго появленія первыхъ симптомовъ. Исхуданіе мышечныхъ массъ со-

---

мозга. Срав. Hayem. Archiv. de Physiologie, 1869, стр. 263. Charcot et Joffroy, id., стр. 756. Duchenne (de Boulogne) et Joffroy, id. 1870. Этотъ взглядъ приведенъ уже въ недавней работѣ Hammond'a. A Treatise on Diseases of the nervous System. Sec. IV. Diseases of Nerve Cells. стр. 683. New-York. 1871.

[53]) Объ атрофіи двигательныхъ нервныхъ клѣтокъ въ дѣтскомъ параличѣ, смотри: Prevost, въ Comptes rendus de la Soc. de Biologie, 1866. стр. 215.—Charcot et Joffroy. Случай дѣтскаго спиннаго паралича съ пораженіемъ переднихъ роговъ сѣраго вещества спиннаго мозга; въ Archiv. de Physiol. стр. 135, 1870, таб. V et VI. Parrot et Joffroy, id., стр. 309. Vulpian, id., стр. 316. H. Roger et Damaschino, Recherches anatomiques sur la paralysie spinale de l'enfance. (Gaz. méd. n. 41, 43 и слѣд. 1871. (См. фиг. 2).

[54]) Смотри Charcot et Joffroy, loc. cit.

вершается очень быстро и скоро обнаруживается. Гистологическія измѣненія пораженныхъ мышцъ представляютъ намъ простую атрофію первичныхъ пучковъ съ сохраненіемъ ихъ поперечной полосатости и на нѣкоторыхъ отдѣльныхъ пучкахъ замѣчаются признаки размноженія зеренъ сарколемы. Изобиліе жира которое иногда наблюдается при продолжительномъ теченіи болѣзни, представляетъ, повидимому, чисто случайное явленіе [55]).

Прогрессивная атрофія мышцъ представляетъ ирритативную атрофію двигательныхъ клѣтокъ, въ ея хроническомъ теченіи [56]). Здѣсь ирритативный процессъ не вдругъ поражаетъ нервныя клѣточки и не въ большомъ количествѣ; но онъ распространяется постепенно и прогрессивно съ одной клѣточки на другую; нѣкоторое ихъ число, даже въ областяхъ самаго сильнаго пораженія, остается неизмѣненнымъ до послѣдняго періода развитія болѣзни. Соотвѣтственно этому ходу пораженій спиннаго мозга развиваются и мышечныя растройства. Такимъ образомъ, рѣдко случается, чтобы трофическія растройства появились одновременно во всѣхъ первичныхъ пучкахъ мышцы, а потому эта послѣдняя въ бо́льшей или ме́ньшей степени можетъ сокращаться подъ вліяніемъ воли и электрическаго возбужденія еще и тогда, когда объемъ ея уже значительно уменьшился [57]).

Существуютъ двѣ различныя формы прогрессивной аміотрофіи, обусловливающейся ирритативнымъ пораженіемъ двигательныхъ клѣтокъ. Одна изъ нихъ *самостоятельная* и зависитъ исключительно только отъ этихъ пораженій. Развиваясь первично, вслѣдствіе врожденнаго или пріобрѣтеннаго предрасположенія, она неизбѣжно имѣетъ

---

[55]) Charcot et Joffroy, loc. cit. Vulpian, loc. cit.

[56]) Смотри объ атрофіи двигательныхъ клѣтокъ при прогрессивной мышечной атрофіи: Luys, Société de Biologie 1860. — Dumenil (de Rouen), Atrophie musculaire graissense progressive Критика, исторія. Rouen, 1867. — Новые факты относительно происхожденія прогрессивной мышечной атрофіи въ Gazette hebdom. Paris 1867. — L. Clark, on a case of muscular Atrophy, etc. British and foreign medico-chirurgical. Review, July 1862. — A case of muscular Atrophy, etc, въ Beale's Archiv., t. IV, 1867. — On a case of muscular Atrophy, in Medico-chir. Trans., t. IV, 1867.—O. Schüppel, Ueber Hydromyelus, въ Archiv. der Heilkunde. Leipzig, 1865, p. 289.— Hayem, въ Archiv. de Physiologie, 1869, стр. 263, таб. 7. Charcot et Joffroy, въ Archiv. de Physiologie, 1869, стр. 355.

[57]) Charcot. — Leçons faites à la Salpêtrière en 1870. — Смотри объ этомъ предметѣ Hallopeau, въ Arhives de médecine, septembre 1871. стр. 277, 305.

наклонность къ распространенію. Во второй формѣ, на которую мы только что обращали ваше вниманіе, на оборотъ, нервныя клѣтки поражаются вторично и такъ сказать, случайнымъ образомъ, напримѣръ, при послѣдовательномъ пораженіи бѣлыхъ пучковъ. Эта послѣдняя аміотрофія можетъ быть названа *симптоматическою*; она имѣетъ менѣе наклонности къ распространенію, а слѣдовательно и предсказаніе ея лучше [58]).

Относительно *спиннаго паралича взрослыхъ и общаго спиннаго паралича* (Duchenne de Boulogne), мы не имѣемъ еще опредѣленныхъ паталого-анатомическихъ данныхъ; но судя по симптомамъ, можно съ большою вѣроятностью предполагать, что эти страданія тоже обусловливаются пораженіемъ двигательныхъ нервныхъ клѣтокъ. Спинной параличь взрослыхъ, подобно дѣтскому, характеризуется почти внезапнымъ появленіемъ двигательнаго паралича и имѣетъ наклонность, въ извѣстномъ періодѣ, представлять улучшеніе; при немъ такъ же скоро обнаруживается уменьшеніе или же прекращеніе электрической сократительности въ извѣстномъ числѣ парализованныхъ мышцъ и эти послѣднія постоянно подвергаются, въ бо́льшей или меньшей степени, такой же быстрой атрофіи. А потому спинной параличь взрослыхъ, по этимъ признакамъ, напоминаетъ собою дѣтскій спинной параличь. Общій спинной параличь, вслѣдствіе полуостраго или хроническаго своего теченія, отличается напротивъ болѣе медленнымъ развитіемъ, наклонностью къ распространенію, наблюдаемою въ особенности въ первыхъ періодахъ и частыми пріостановками втеченіи болѣзни, за которыми слѣдуетъ распространеніе процесса и на непораженныя еще части. Слѣдовательно, этотъ видъ паралича приближается болѣе къ прогрессивной мышечной атрофіи, съ которою иногда неправильно и смѣшивается въ клиникахъ; между тѣмъ, какъ онъ отличается отъ этой послѣдней слѣдующими признаками: мышцы всего члена или одной его части поражаются при немъ параличемъ или атрофіею *en masse* и почти однообразно; явственное измѣненіе электрической сократительности замѣчается въ нихъ уже довольно скоро отъ

[58]) О двухъ формахъ прогрессивной аміотрофіи, вслѣдствіе страданія спиннаго мозга, смотри Charcot et Joffroy, въ Archives de Physiologie 1869, стр. 756, 757. —Duchenne (de Boulogne) et Joffroy въ Archives de Physiologie 1870. стр. 499.

начала болѣзни. Наконецъ, обыкновенно наступаетъ періодъ *улучшенія*, впродолженіи котораго атрофированныя мышцы пріобрѣтаютъ, по крайней мѣрѣ отчасти, ихъ прежній объемъ и функціи [58]).

Мышечныя пораженія вслѣдствіе страданій продолговатаго мозга.—Предметъ этотъ еще мало изслѣдованъ. Однако, нѣкоторые факты, наблюдаемые при губно-язычно-гортанномъ параличѣ и склерозѣ въ видѣ бляшекъ, заставляютъ предполагать, что ирритативныя поврежденія бѣлыхъ пучковъ продолговатаго мозга, подобно какъ и спиннаго, не оказываютъ прямаго вліянія на питаніе мышцъ; между тѣмъ какъ, на оборотъ, пораженія группы двигательныхъ клѣтокъ, расположенныхъ на днѣ четвертаго желудочка или же пораженія пучковъ нервныхъ трубокъ изъ нихъ выходящихъ могутъ, какъ я доказалъ, произвести болѣе или менѣе явственную атрофію мышечныхъ волоконъ языка, глотки, гортани, m. orbicularis oris и проч. [60]).

Надѣюсь, что этого краткаго изложенія новѣйшихъ изслѣдованій будетъ достаточно, чтобы показать ту замѣчательную роль, которую играютъ пораженія вышеозначенныхъ нервныхъ клѣтокъ въ происхожденіи трофическихъ мышечныхъ растройствъ, появляющихся вслѣдствіе измѣненій спиннаго мозга. Въ происхожденіи дѣтскаго паралича и въ различныхъ формахъ спинной аміотрофіи роль эта кажется несомнѣнною. Въ остромъ же центральномъ міэлитѣ, гематоміэліи и, однимъ словомъ, во всѣхъ ирритативныхъ страданіяхъ спиннаго мозга, при которыхъ поражается сѣрое осевое вещество, вліяніе ея выражается менѣе явственно, хотя и очень вѣроятно. Съ другой стороны, отсутствіе всякаго участія бѣлыхъ пучковъ и заднихъ роговъ сѣраго вещества въ развитіи этихъ мышечныхъ страданій, нужно считать за фактъ, подтвержденный многочисленными и несомнѣнными доказательствами.

Принявъ это, Мм. Гг., намъ остается еще отыскать,—по-

---

[59]) Duchenne (de Boulogne) — De l'électrisation localisée, 3-me édition.

[60]) Сравни Charcot. — Note sur un cas de paralysie glosso-laryngée suivi d'autopsie въ Archives de Physiologie, 1870, n° 2, стр. 247.—Charcot et Joffroy, въ Archives de Physiologie 1869, стр. 356, 636. таб. 13 Obs. de Cathérine Aubel. — Duchenne (de Boulogne) et Joffroy. Объ острой и хронической атрофіи нервныхъ клѣтокъ спиннаго и продолговатаго мозга, въ Archives de Physiologie, 1870, стр. 499.

чему пораженіе двигательныхъ нервныхъ клѣтокъ влечетъ за собою измѣненіе мышечныхъ волоконъ, между тѣмъ какъ даже самыя глубокія измѣненія бѣлыхъ пучковъ не оказываютъ никакого прямаго вліянія на питаніе мышцъ?

Относительно перваго пункта можно бы было придумать болѣе или менѣе вѣроятныя, хотя очевидно и преждевременныя гипотезы. Здѣсь нельзя примѣнить указаній экспериментальной физіологіи, такъ какъ самое производство опытовъ не даетъ намъ возможности, какъ при болѣзняхъ, достигнуть изолированно нервныхъ клѣтокъ. А потому, намъ необходимо еще ограничиваться пока тѣми фактами, которые намъ даютъ разумныя клиническія наблюденія въ связи съ паталого-анатомическими данными, изъ которыхъ мы видимъ, что двигательныя нервныя клѣтки, при развившемся въ нихъ ирритативномъ процессѣ, имѣютъ способность, подобно периферическимъ нервамъ, производить измѣненія на разстояніи въ жизнедѣятельности и строеніи мышцъ.

Что же касается втораго пункта, т. е. что питаніе мышцъ не измѣняется при воспалительномъ пораженіи бѣлыхъ пучковъ спиннаго мозга, то это можетъ показаться, на первыхъ порахъ, противорѣчіемъ, относительно нами уже сказаннаго объ эффектахъ раздраженія нервовъ. Для доказательства, что, это противорѣчіе только кажущееся, достаточно припомнить, что несмотря на ихъ аналогичное строеніе, бѣлые пучки не могутъ быть уподоблены нервамъ, такъ какъ изъ опытовъ извѣстно, что они обладаютъ совершенно различными свойствами. Сверхъ того, анатомическія изслѣдованія показываютъ, что нервныя трубочки, образующія периферическіе нервы, составляютъ только въ самой незначительной степени непосредственное продолженіе тѣхъ трубокъ, изъ соединенія которыхъ образуются бѣлые пучки. Эти пучки, повидимому, почти исключительно составляются изъ волоконъ, образующихся въ головномъ или же въ самомъ спинномъ мозгѣ и составляютъ родъ спаекъ и сообщеній между головнымъ и спиннымъ мозгомъ, или же между различными точками сѣраго осеваго вещества спиннаго мозга. А изъ этого слѣдуетъ, что бѣлые пучки спиннаго мозга, подъ вліяніемъ ирритативныхъ поврежденій, должны представлять совершенно другія явленія, чѣмъ периферическіе нервы.

Когда я задумалъ изложить вамъ, мм. гг. главнѣйшіе факты касательно трофическихъ растройствъ, появляющихся

вслѣдствіе страданій нервной системы, то я надѣялся, что задача эта будетъ совершенно окончена впродолженіи двухъ лекцій. Но, по мѣрѣ изложенія этого вопроса, ясно обнаружилась его обширность и важность его значенія. Несмотря на подробность изложенія, я далеко еще не исчерпалъ его содержанія и надѣюсь, что вы не будете жалѣть времени, которое мы должны еще посвятить изученію этого предмета.

ЛЕКЦІЯ ТРЕТЬЯ.

ПОСЛѢДОВАТЕЛЬНЫЯ ТРОФИЧЕСКІЯ РАЗСТРОЙСТВА ВСЛѢДСТВІЕ ПОРАЖЕНІЙ СПИННАГО И ГОЛОВНАГО МОЗГА.

(Продолженіе).

Содержаніе: Кожныя разстройства при склерозѣ заднихъ канатиковъ: сыпи папулезныя, крапивная, лишайная (zona), пустулезныя сыпи; ихъ связь съ стрѣляющими болями; онѣ, повидимому, происходятъ отъ тѣхъ же органическихъ причинъ какъ и боли.

— Быстро развивающійся пролежень (Decubitus acutus) въ болѣзняхъ головнаго и спиннаго мозга.—Способъ развитія этого страданія кожи: эритема, пузыри, омертвѣніе кожи. — Послѣдовательныя явленія за образованіемъ эшары: а) гнилостное зараженіе, гнойное зараженіе, гангренозныя эмболіи; б) гнойный простой восходящій менингитъ (meningite ascendante purulente simple), ихорозный восходящій менингитъ (meningite ascendante ichoreuse). Decubitus acutus при симптоматической апоплексіи ограниченныхъ (en foyer) мозговыхъ поврежденій. Онъ появляется преимущественно въ сѣдалищной области парализованныхъ конечностей; его значеніе для предсказанія. — Decubitus acutus въ болѣзняхъ спиннаго мозга: онъ появляется, вообще, въ крестцовой области.

— Страданія сочлененій, зависящія отъ пораженій головнаго и спиннаго мозга.—А. Острыя и полуострыя формы: онѣ появляются въ случаяхъ травматическаго поврежденія спиннаго мозга, въ міэлитѣ, происходящемъ отъ прижатія (опухолями, при Поттовой болѣзни), въ первичномъ міэлитѣ, въ свѣжей гемиплегіи, обусловленной размягченіемъ мозга. Эти артропатіи помѣщаются въ связкахъ парализованныхъ конечностей. — Б. Хроническія формы: онѣ, кажется, зависятъ, какъ и спинныя аміотрофіи, отъ пораженій переднихъ роговъ сѣраго осеваго вещества; онѣ замѣчаются при заднемъ склерозѣ (ataxie locomotrice) и въ нѣкоторыхъ случаяхъ прогрессивной мышечной атрофіи.

Мм. Гг.

Излагая разстройства питанія, обусловленныя поврежденіями периферическихъ нервовъ, я уже вамъ намекнулъ, что эти послѣдовательныя страданія по большей части представляются намъ и при пораженіяхъ спиннаго мозга. Одна-

ко, здѣсь не всегда замѣчается совершенное сходство явленій, такъ что вообще можно сказать, что трофическія разстройства, зависящія отъ головнаго или спиннаго мозга, какъ мы это впослѣдствіи докажемъ, имѣютъ и отличительные признаки своего происхожденія. Но бываютъ случаи, въ которыхъ сходство между припадками, происходящими отъ центральной причины и тѣми, которыя развиваются при страданіи периферическихъ нервовъ до того поразительно, что отличительное ихъ распознаваніе дѣлается крайне затруднительнымъ. Какъ примѣръ этому, мы приведемъ извѣстныя накожныя сыпи, которыя иногда появляются въ теченіи двигательной атаксіи (ataxie locomotrice).

I.

1. Эти *кожныя пораженія* можно сгруппировать слѣдующимъ образомъ: а) *папулезныя сыпи;* б) *крапивная сыпь;* в) *лишайная сыпь (zona);* г) *пустулезныя сыпи,* аналогичныя съ эктимой.

Вотъ вкратцѣ результаты моихъ наблюденій по этому предмету.

Нерѣдко случается видѣть, что кожа голеней и бедеръ временно покрывается болѣе или менѣе сливною папулезною или лишаевидною сыпью, вслѣдъ за приступами стрѣляющихъ болей, характеризующихъ атаксію (ataxie locomotrice). У одной женщины, находящейся на излеченіи въ Salpêtrière, каждый разъ послѣ приступа появляются большія бляшки крапивной сыпи, на уровнѣ тѣхъ мѣстъ, въ которыхъ ощущалась самая сильная боль. У другой, кожа правой сѣдалищной области покрывается сыпью zona на томъ только пространствѣ, которое занимаютъ нервныя вѣточки, производящія ощущеніе стрѣляющихъ болей. Наконецъ третья больная представляла, въ подобныхъ случаяхъ, явленія еще болѣе замѣчательныя. Женщина эта, 61 года, принята, какъ слѣпая (склеротическая атрофія оптическихъ нервовъ), восемь лѣтъ предъ тѣмъ; въ настоящее время она одержима чрезвычайно характеристическою двигательною атаксіею. Болѣзнь развилась у нея очень быстро: первые приступы стрѣляющихъ болей появились въ мартѣ мѣсяцѣ, 1865 г. и уже въ іюлѣ 1866 г. инкоординація движеній была на столько

сильною, что затрудняла хожденіе. Одинъ изъ приступовъ, случившійся въ іюнѣ 1867 г., былъ особенно сильнымъ: жестокія боли, втеченіи нѣсколькихъ дней, были ощущаемы больною на пути кожныхъ вѣтвей малаго сѣдалищнаго нерва и праваго нерва m. levatoris ani. Въ тоже время соотвѣтствующія мѣста кожи покрылись многочисленными, аналогичными съ эктимой, пустулами, изъ коихъ нѣкоторыя превратились въ глубокія изъязвленія. Кромѣ того, въ крестцовой области съ правой стороны, въ разстояніи нѣсколькихъ сантиметровъ отъ срединной линіи и непосредственно надъ оконечностью копчика, образовалась кругловатая эшара, имѣвшая около 5 сантиметровъ въ діаметрѣ и занимавшая почти всю толщу кожи. Эта язва, по отдѣленіи омертвѣвшихъ частей, зажила только въ концѣ втораго мѣсяца. Въ другой разъ, приступъ стрѣляющихъ болей распространялся по направленію вертикальной вѣтви n. sapĥaeni interni sinistri и вскорѣ на этомъ пространствѣ появилась пустулезная сыпь.

Общій характеръ этихъ сыпей, доказывающій между прочимъ, что онѣ не принадлежатъ къ обыкновеннымъ, видѣнъ уже изъ того, что онѣ появляются только при исключительно сильныхъ и упорныхъ болѣхъ, составляющихъ нѣкоторымъ образомъ патогномическій симптомъ пучковиднаго склероза (la sclérose fasciculée) заднихъ канатиковъ и обыкновенно называются стрѣляющими болями. Къ этому нужно еще прибавить, что сыпи эти обыкновенно появляются на пути прохожденія тѣхъ нервовъ, въ которыхъ происходитъ ощущеніе стрѣляющихъ болей.

Изъ этого вы видите, что существованіе этихъ накожныхъ сыпей находится, повидимому, въ тѣсной связи съ появленіемъ стрѣляющихъ болей, а потому можно предполагать, съ большою вѣроятностью, что оба эти явленія обусловливаются одною и тою же органическою причиною.

Какая же причина существованія стрѣляющихъ болей между другими симптомами склероза заднихъ канатиковъ? Не входя еще, въ настоящее время, въ подробное разсмотрѣніе этого вопроса, къ которому мы возвратимся впослѣдствіи, достаточно будетъ замѣтить, что, по всей вѣроятности, эти боли зависятъ отъ раздраженія, которому подвергаются на своемъ пути внутри спиннаго мозга тѣ, выходящія изъ заднихъ корешковъ, нервныя трубочки, которыя

по Келликеру [1]), называются внутренними лучистыми пучками (faisceaux radiculaires internes; masses fibreuses internes des racines postérieures) и которыя, до вхожденія въ задніе рога сѣраго вещества, проходятъ, на извѣстномъ пространствѣ чрезъ задніе канатики.

Дѣйствительно, стрѣляющія боли невозможно отнести ни къ одному изъ слѣдующихъ пораженій, какъ то: 1) атрофіи заднихъ корешковъ до вхожденія ихъ въ спинной мозгъ; 2) воспаленію задней стороны оболочекъ спиннаго мозга; 3) склерозу заднихъ канатиковъ сѣраго вещества; 4) ирритативнымъ пораженіямъ спинно-мозговыхъ гангліозныхъ сплетеній или периферическихъ нервовъ, такъ какъ боли эти встрѣчались и въ тѣхъ случаяхъ атаксіи, въ которыхъ, послѣ смерти, не было найдено ни одного изъ означенныхъ пораженій.

Въ подтвержденіе этого предположенія, позвольте мнѣ, Мм. Гг., напомнить вамъ результаты вскрытія женщины, произведеннаго мною и Бушаромъ въ этомъ госпиталѣ и умершей втеченіи перваго періода двигательной прогрессивной атаксіи [2]). У этой женщины боли въ видѣ пароксизмовъ и въ очень сильной степени существовали почти впродолженіи пятнадцати лѣтъ и появились вслѣдъ за неблагопріятнымъ окончаніемъ случайной болѣзни. Причемъ никакихъ признаковъ разстройства координаціи движенія не замѣчалось: походка больной была правильной и не представляла ни откидыванія голеней, ни особеннаго ударенія о полъ пятками, а также не терялась увѣренность движеній при закрытыхъ глазахъ. При вскрытіи не было найдено никакихъ измѣненій въ заднихъ корешкахъ, а только довольно сомнительные и едва замѣтные слѣды воспаленія оболочекъ. Явственныя измѣненія были найдены только въ заднихъ канатикахъ и выражались размноженіемъ ядеръ невроглія и утолщеніемъ сѣткообразныхъ петель, но безъ соотвѣтственныхъ измѣненій нервныхъ трубокъ. Я могъ бы привести еще множество подобныхъ фактовъ, гдѣ, при вскрытіи, я не могъ найти никакихъ измѣненій, ни въ заднихъ рогахъ сѣраго вещества, ни въ периферическихъ нервахъ, ни

[1]) Kölliker. Histologie humaine, premiѐre partie, стр. 345, 346.

[2]) Атактическія стрѣляющія боли безъ измѣненія координаціи движеній; начинающійся склерозъ заднихъ канатиковъ спиннаго мозга; въ Comptes rendus des séances et mémoires de la Société de Biologie, année 1866.

наконецъ, въ оболочкахъ спиннаго мозга, не смотря на то, что при жизни у больныхъ появлялись приступы такихъ же очень сильныхъ стрѣляющихъ болей.

Изъ всего этого слѣдуетъ, что причину появленія атактическихъ стрѣляющихъ болей нужно искать въ ирритативномъ измѣненіи заднихъ пучковъ спиннаго мозга. Но, однако, трудно предполагать, чтобы онѣ обусловливались безразлично всѣми частями этихъ пучковъ; напротивъ того, весьма вѣроятно, что онѣ зависятъ только отъ чувствительныхъ волоконъ заднихъ корешковъ, составляющихъ извѣстную часть *внутреннихъ лучистыхъ пучковъ* (faisceaux radiculaires internes). Эти чувствительныя волокна, отъ времени до времени, періодически принимаютъ участіе въ томъ ирритативномъ процессѣ, который, какъ постоянное явленіе, происходитъ въ канатикахъ и, такимъ образомъ, эти приступы сильныхъ болей, по извѣстному физіологическому закону, переносятся къ периферіи, хотя въ дѣйствительности они обусловливаются центральною причиной.

Теперь спрашивается—какимъ образомъ можно объяснить себѣ появленіе накожныхъ сыпей, замѣчаемыхъ иногда у атактиковъ, во время ненормально сильныхъ приступовъ стрѣляющихъ болей? Извѣстно, что *внутренніе лучистые пучки* образуются не изъ однихъ только чувствительныхъ волоконъ, но что въ составъ ихъ входятъ, по крайней мѣрѣ, извѣстное число волоконъ, служащихъ къ проявленіямъ рефлекторныхъ актовъ и, кромѣ того, еще такія, которыя оказываютъ болѣе или менѣе прямое вліяніе на питаніе кожи. Эти послѣднія принадлежатъ къ системѣ центробѣжныхъ нервовъ и ими, безъ сомнѣнія, обусловливается появленіе разсматриваемыхъ нами сыпей. Хотя они труднѣе подвергаются ирритативному процессу, чѣмъ чувствительныя волокна, однако только происходящимъ въ нихъ раздраженіемъ, мы можемъ себѣ объяснить вышеозначенные случаи, въ которыхъ появляются накожныя страданія въ видѣ папулезныхъ, везикулезныхъ, пустулезныхъ сыпей или, наконецъ, гангренозныхъ пораженій.

Составляютъ-ли задніе пучки единственный отдѣлъ спиннаго мозга, раздраженіемъ котораго обусловливается появленіе подобныхъ страданій? На этотъ вопросъ нельзя еще дать никакого отвѣта. Можно только сказать, что въ случаяхъ ирритативныхъ пораженій, ограничивающихся или

переднебоковыми канатиками или же передними рогами сѣраго вещества и при отсутствіи какихъ либо другихъ осложненій, сыпи эти еще не были наблюдаемы. Относительно же роли, которую могутъ играть въ этомъ случаѣ задніе рога сѣраго вещества, мы находимся въ полнѣйшемъ невѣденіи.

На оборотъ, нѣкоторые факты заставляютъ предполагать, что zona иногда развивается непосредственно подъ вліяніемъ частныхъ пораженій головнаго мозга. Такъ, у одной старой женщины, пораженной гемиплегіей, лишайная сыпь—zona, какъ это описываетъ докторъ Дунканъ, появилась на бедрѣ парализованной стороны; параличъ движенія наступилъ почти одновременно съ появленіемъ сыпи и прекратился вмѣстѣ съ ея исчезновеніемъ [3]). У одного ребенка, изслѣдованнаго докторомъ Пайномъ, zona соотвѣтствовала распространенію поверхностныхъ вѣтвей передняго бедреннаго нерва и появилась, спустя три дня послѣ развитія гемиплегіи, занимавшей ту же половину тѣла, что и сыпь [4]). Безъ сомнѣнія, эти и подобные имъ другіе факты, которые можно было бы здѣсь привести, имѣютъ важное значеніе; но такъ какъ они описаны слишкомъ кратко, то, я полагаю, что было бы преждевременно выводить изъ нихъ какое либо заключеніе. И въ самомъ дѣлѣ, я могу привести случай, недавно мною видѣнный въ Salpêtrière, который, во многихъ отношеніяхъ, аналогиченъ съ предыдущими, но въ которомъ zona, по всей вѣроятности, появилась вслѣдствіе раздраженія периферическаго нерва. Везикулезная сыпь, въ этомъ случаѣ, занимала нижнюю конечность парализованной стороны и распространялась по направленію поверхностныхъ вѣтвей малоберцоваго кожнаго нерва. Сверхъ того, она появилась одновременно съ внезапно обнаружившеюся гемиплегіей, происшедшей вслѣдствіе образовавшагося ограниченнаго размягченія въ одномъ изъ мозговыхъ полушарій и обусловленнаго эмболическою закупоркою задней мозговой артеріи. Я думаю, что появленіе zonae, въ этомъ случаѣ, можно себѣ объяснить слѣдующимъ образомъ: одна артеріяльная вѣточка спиннаго мозга [5]), происходящая, безъ

---

[3]) Journal of cut. Med. etc., 69, Erasmus Wilson, 1868, octobre.

[4]) British. med. Journal. August, 1871.

[5]) Одна изъ вѣтвей medullae spinalis. См. N. Rüdinger. Arterienverzweigung in dem Wirbelkanal, etc., въ Verbreitung des Sympathicus, стр. 2. München, 1863.

сомнѣнія, отъ одной изъ боковыхъ крестцовыхъ артерій, была найдена, при вскрытіи закупоренною кровянымъ сгусткомъ, образуя, такимъ образомъ сравнительно объемистый снурокъ, слившійся съ однимъ изъ заднихъ спинныхъ корешковъ конскаго хвоста. А потому, весьма вѣроятно, что эта, растянутая тромбомъ, артеріяльная вѣточка, проходя чрезъ крестцовое отверстіе, производила давленіе или на спинной узелъ, или же на начальную вѣтвь сѣдалищнаго нерва и такимъ образомъ производила здѣсь раздраженіе. На полулунныхъ клапанахъ аорты было найдено вегетаціонное изъязвленіе, которое, повидимому, служило исходною точкою всѣхъ вышеозначенныхъ явленій [6]).

---

[6]) Вотъ главныя подробности этого наблюденія, которое представляетъ прекрасный примѣръ язвеннаго эндокардита съ многочисленными эмболіями и тифознымъ состояніемъ. Солдатъ, по фамиліи Л..., 22 лѣтъ, былъ принятъ 28 декабря 1870 г. въ Salpêtrière въ отдѣленіе лихорадочныхъ. Впродолженіи 2 или 3 дней у него, казалось, была сильная лихорадка. Въ день поступленія въ госпиталь замѣчались слѣдующія явленія: острая головная боль, боли въ поясницѣ, поносъ. Малѣйшее количество принимаемой жидкости производило тошноту и рвоту. Кожа горячая, пульсъ очень учащенный, а потому предполагали, что у него тифозная горячка. Буйный бредъ ночью. 29 числа обнаружилось существованіе почти совершенной гемиплегіи лѣвой стороны. Оцѣпенѣлости парализованныхъ конечностей не замѣчалось. Несовершенный параличъ лѣвой стороны лица. Глаза постоянно обращены вправо; миганіе. Пульсъ 120, температура in recto 40°,5. На кожѣ груди, предплечій и бедеръ появилось большое количество маленькихъ подтековъ, похожихъ на укушенія блохъ; дыханіе учащенное, свистящіе хрипы въ легкихъ; животъ вздутъ. На передненаружной поверхности лѣвой голени появилась zona, которая въ точности соотвѣтствуетъ распространенію поверхностныхъ кожныхъ вѣтвей n. cruralis и мышечно-кожнаго нерва. Первая группа пузырьковъ замѣчалась вверху и внизу надколѣнной чашки; вторая—бо́льшая, распространялась вертикально внизъ до средней трети голени; третья — находилась на тылѣ стопы впереди и кнутри отъ наружной лодыжки. Сыпь довольно сильно развита; легкіе ея слѣды были замѣчены уже наканунѣ, т. е. до появленія гемиплегіи. 30-го числа сыпь въ полномъ развитіи. Больной скончался въ четыре часа пополудни.

Вскрытіе. Одинъ изъ полулунныхъ клапановъ аорты изъязвленъ и покрытъ мягкими, красноватыми и на видъ фибринозными вегетаціями. Брыжеечныя желѣзы припухшія и слегка покраснѣвшія; но ни въ тонкихъ, ни въ толстыхъ кишкахъ не было и слѣдовъ тифозныхъ изъязвленій или же кишечныхъ высыпаній (éruptions dothientériques). На обѣихъ поверхностяхъ плевры, на околосердечной сумкѣ и брюшинѣ, находились многочисленные подтеки. Въ селезенкѣ и почкахъ найдены *инфаркты* въ различной степени развитія. Правое полушаріе мозга: на многихъ мѣстахъ затылочной доли мягкая мозговая оболочка была сильно инъецирована и представляла большіе кровяные подтеки; самая доля была размягчена почти на всемъ своемъ пространствѣ; мозговое вещество имѣло здѣсь сѣроватый

Изъ этого видно, что въ этомъ случаѣ совмѣстное существованіе гемиплегіи и везикулярной сыпи представляло, до извѣстной степени, только случайное явленіе. Но, во всякомъ случаѣ, кромѣ zonae, имѣются еще другія трофическія разстройства кожи, которыхъ существованіе можетъ иногда обусловливаться пораженіемъ головнаго мозга. Надѣюсь, что этотъ фактъ вскорѣ не будетъ подлежать никакому сомнѣнію.

II.

Быстро развивающійся пролежень. Decubitus acutus. Оставляя изложеніе сыпей, появляющихся при двигательной атаксіи, которыя, вообще, имѣютъ второстепенное значеніе, я намѣренъ теперь спеціально обратить ваше вниманіе на другое пораженіе кожи, которое играетъ весьма важную роль въ клиническихъ исторіяхъ многихъ болѣзней головнаго и спиннаго мозга.

Страданія кожи, о которыхъ я хочу съ вами говорить, появляются вначалѣ подъ видомъ эритематозныхъ бляшекъ, на которыхъ быстро развиваются пузырки или пузыри и часто влекущее за собою быстрое омертвѣніе кожи и подлежащихъ частей.

Чаще всего они занимаютъ сѣдалище, но могутъ также развиться, почти безразлично, на всѣхъ частяхъ туловища или конечностей, подвергающихся при пролежнѣ и не очень продолжительному давленію. Въ нѣкоторыхъ случаяхъ, для

оттѣнокъ и въ одномъ мѣстѣ, въ срединѣ размягченныхъ частей, найдено кровоизліяніе, величиною въ миндаль. Задняя мозговая артерія той же стороны была совершенно закупорена образовавшимся въ ней сгусткомъ. Спинной мозгъ, подвергнутый уплотненію въ хромовой кислотѣ и изслѣдованный въ различныхъ областяхъ, при посредствѣ тонкихъ разрѣзовъ, не представлялъ никакихъ видимыхъ измѣненій. Съ лѣвой стороны конскаго хвоста была найдена растянутая кровянымъ сгусткомъ артеріальная вѣточка (спинная вѣтвь развѣтвленія боковой крестцовой артеріи), приросшею къ одному изъ заднихъ спинныхъ корешковъ, который даетъ начало крестцовому сплетенію. Облитерированная артеріальная вѣточка имѣла объемъ вороньяго пера и ее можно было прослѣдить отъ мѣста перерѣзки корешка, вблизи соотвѣтственнаго крестцоваго отверстія, до спиннаго мозга; а въ этомъ послѣднемъ еще на всемъ пространствѣ поясничнаго утолщенія, гдѣ она восходила по направленію задней срединной бороздки и въ обратномъ расположеніи тому, которое обыкновенно представляетъ заднее артеріальное сплетеніе спиннаго мозга.

появленія пролежня, достаточно самаго легкаго и самаго непродолжительнаго давленія. Наконецъ, бываютъ и такіе, впрочемъ исключительные, случаи, гдѣ онъ можетъ, повидимому, появиться и безъ участія малѣйшаго давленія или подобной ему случайной причины [7]).

Это пораженіе кожи не имѣетъ ничего общаго съ тѣми разнообразными сыпями, которыя наблюдаются на сѣдалищѣ у субъектовъ, принужденныхъ, вслѣдствіе различныхъ болѣзней, оставаться долгое время въ постели. Эти послѣднія, имѣющія большое сходство съ слизистыми бляшками (plaques muqueuses), появляются то въ видѣ эритематозныхъ, лишаевидныхъ, то пустулезныхъ, ульцерозныхъ или папулезныхъ сыпей; онѣ, вообще, обусловливаются продолжительнымъ и частымъ прикосновеніемъ раздражающихъ веществъ, какъ напримѣръ: мочи и фекальныхъ массъ. Подобно decubitus acutus онѣ могутъ сдѣлаться исходною точкою появленія настоящей эшары; но decubitus acutus рѣзко отъ нихъ отличается слѣдующими характеристическими признаками: во-первыхъ, скорымъ своимъ появленіемъ послѣ начала первичной болѣзни, или же вслѣдствіе внезапнаго ея ожесточенія и во-вторыхъ, быстрымъ своимъ развитіемъ.

Въ виду особеннаго интереса, представляемаго этимъ пораженіемъ, оно должно имѣть и свойственное ему названіе. Самуэль предложилъ называть его *decubitus acutus* или же *быстро образующеюся эшарой* (eschare à formation rapide) [8]), въ отличіе отъ *decubitus chronicus*, т. е. того омертвѣнія кожи, которое появляется спустя долгое время послѣ начала болѣзни и которою оно обусловливается. Мы вамъ предлагаемъ принять это названіе; но вмѣстѣ съ тѣмъ должны замѣтить, что омертвѣніе кожи не составляетъ всеобщности явленій въ *decubitus acutus*; вообще, оно соотвѣтствуетъ только самымъ высшимъ фазамъ развитія болѣзненнаго процесса. Въ самомъ дѣлѣ, можетъ случиться, что пузырьки или пузыри спадутся и засохнутъ раньше, чѣмъ подлежащая часть кожи могла бы подвергнуться малѣйшимъ некротическимъ измѣненіямъ. Главнымъ образомъ, это замѣчается

[7]) Brown-Séquard. Lectures on the central nervous System. Philadelph., 1860, стр. 248. Couyha. Des troubles trophiques, etc. Thèse de Paris, 1871, стр. 43.

[8]) Décubitus..... Eschare (All. Wundliegen), который образуется на крестцѣ и въ другихъ мѣстахъ и проч.... Littrè et Robin, Dictionnaire, Paris, 1865.

на тѣхъ мѣстахъ, которыя подвергаются непродолжительному, не сильному и, такъ сказать, случайному давленію, какъ, напримѣръ: лодыжки, внутренняя поверхность колѣна, голеней и бедеръ. Слѣдовательно, распознаваніе значенія этихъ пузырьковъ и пузырей, съ самаго начала ихъ появленія, представляется для насъ весьма важнымъ, такъ какъ, при извѣстныхъ обстоятельствахъ, уже въ это время можно сдѣлать почти вѣрное предсказаніе.

Я имѣлъ много разъ возможность слѣдить, такъ сказать, шагъ за шагомъ, за развитіемъ остраго пролежня въ случаяхъ апоплексіи, происшедшей отъ кровоизліянія или отъ размягченія мозга, которые такъ часто встрѣчаются въ этомъ госпиталѣ [9]). Въ послѣдующемъ изложеніи я буду ссылаться на сдѣланныя мною въ этомъ отношеніи наблюденія, такъ какъ въ нихъ, сверхъ того, я могъ констатировать тотъ фактъ, что decubitus acutus, обусловленный болѣзнями головнаго мозга, существенно не отличается отъ decubitus acutus, развивавшагося вслѣдствіе пораженій спиннаго мозга.

Обыкновенно, спустя нѣсколько дней, а иногда даже только нѣсколько часовъ, послѣ появленія черепно-мозговыхъ или спинно-мозговыхъ припадковъ, или же вслѣдъ за внезапнымъ ихъ ожесточеніемъ, появляется, на извѣстныхъ мѣстахъ кожи, одна или же нѣсколько различной величины эритематозныхъ бляшекъ, имѣющихъ болѣе или менѣе неправильные контуры [10]). Кожа въ этихъ мѣстахъ представляется или розовою или темно-красною и даже фіолетовою; но цвѣтъ этотъ всегда быстро исчезаетъ отъ давленія пальцемъ. Въ случаяхъ довольно рѣдкихъ, которые я до сихъ поръ видѣлъ только одинъ разъ, при пораженіи спиннаго мозга, кромѣ этихъ явленій происходитъ еще *припуханіе, по виду похожее на флегмонозное*, образующееся въ кожѣ и подъ нею лежащихъ частяхъ; оно иногда сопровождается очень сильными болями, если эти части предварительно не были поражены анестезіей.

На слѣдующій день, или нѣсколько позже, пузырьки или пузыри начинаютъ увеличиваться въ центральной части эри-

---

[9]) Charcot. Замѣтка по поводу быстраго образованія эшары на ягодицѣ парализованной стороны при недавней гемиплегіи, происшедшей отъ мозговой причины. Въ Archiv. de physiologie normale et patholog. t. I, 1868, стр. 308.

[10]) Я анатомически констатировалъ, что въ этихъ случаяхъ кожа инфильтрована лейкоцитами, подобно тому, какъ это бываетъ при рожѣ.

тематозной бляшки и наполняются или безцвѣтною и совершенно прозрачною жидкостью, или же болѣе или менѣе непрозрачною, красноватою или буроватою.

Иногда процессъ, какъ мы уже сказали, на этомъ и останавливается; тогда пузыри довольно скоро дѣлаются дряблыми и засыхаютъ. Но въ другихъ случаяхъ, приподнятая кожица разрывается и отпадаетъ въ видѣ лоскутовъ, оставляя обнаженную ярко-краснаго цвѣта поверхность, усѣянную точками или синеватыми и фіолетовыми бляшками, соотвѣтствующими инфильтрированнымъ кровью мѣстамъ кожи. Въ подобныхъ же случаяхъ, подкожная соединительная ткань, а иногда даже и подлежащія мышцы, также поражаются кровяною инфильтраціею, въ чемъ я могъ неоднократно убѣдиться при вскрытіи.

Фіолетовыя бляшки быстро распространяются въ ширину и края ихъ сливаются между собою. Немного спустя, на занимаемыхъ ими мѣстахъ происходитъ сперва поверхностное, но затѣмъ скоро проникающее въ глубину омертвѣніе кожи. Въ это время эшара вполнѣ уже образовалась.

Затѣмъ наступаетъ реактивный процессъ или отдѣленіе эшары, за которымъ, въ благопріятныхъ случаяхъ, наступаетъ періодъ заживленія, теченіе котораго довольно часто пріостанавливается. Я думаю, что нѣтъ нужды долѣе останавливаться на этомъ послѣднемъ явленіи.

Я изложилъ вамъ довольно подробно развитіе эшары потому, что какъ вы вскорѣ сами узнаете, оно имѣетъ для насъ своего рода значеніе. Р. Брайтъ считалъ эти явленія настолько достойными вниманія и такъ мало извѣстными, что въ своихъ Reports of medical Cases онъ въ особенности настаиваетъ на нихъ и даже счелъ за необходимое представить восковые препараты пузырей остраго пролежня, сдѣланныхъ имъ съ одного случая параплегіи отъ травматической причины. Препараты эти, безъ сомнѣнія, и нынѣ еще находятся въ музеѣ Guy's Hospital'я [11]). Съ тѣхъ поръ

[11]) Здѣсь кстати напомнить тѣ замѣчанія, которыя представилъ Р. Брайтъ въ своемъ Reports of medical Cases (t. II Diseases of the Brain and nervous System, London, 1831), относительно своихъ наблюденій надъ пораженіемъ спиннаго мозга съ быстрымъ образованіемъ пузырей и эшары. Первое наблюденіе относится къ случаю размягченія спиннаго мозга у 21-лѣтней женщины, происшедшаго безъ видимой наружной причины и занимавшаго поясничное утолщеніе, непосредственно надъ конскимъ хвостомъ. Вотъ разсужденія автора объ этомъ случаѣ: „Въ этомъ наблюде-

этотъ предметъ, на сколько мнѣ извѣстно, только за очень рѣдкими исключеніями [12]), останавливалъ на себѣ вниманіе наблюдателей. Однако, было бы несправедливо не упомянуть, что накожныя пораженія, встрѣчающіяся при тифозной горячкѣ и тифѣ и имѣющія большую аналогію, а, можетъ быть, отчасти и зависящія отъ тождественныхъ условій съ описываемыми нами явленіями, были уже очень подробно описаны Піорри [13]) во Франціи и Пфейферомъ [14]) въ Германіи.

ніи, вмѣстѣ съ параличемъ нижнихъ конечностей, ясно представилось одно любопытное обстоятельство; я говорю здѣсь о той особенной наклонности къ образованію пузырьковъ или пузырей, которая обнаруживается при подобнаго рода пораженіяхъ. Эти пузырьки и пузыри часто появляются, впродолженіи одной ночи, на различныхъ мѣстахъ нижнихъ конечностей, какъ-то: колѣнахъ, мыщелкахъ, тылѣ стопы — однимъ словомъ, вездѣ, гдѣ происходитъ случайное прижатіе или раздраженіе. Они содержатъ въ себѣ сперва прозрачную жидкость, которая, по прошествіи нѣсколькихъ дней, дѣлается непрозрачною. Я думаю, что эта связь, между прекращеніемъ нервной дѣятельности и образованіемъ пузырей, послужитъ, современемъ, къ объясненію того особеннаго страданія, которое называется herpes zoster и появленіе котораго, повидимому, находится въ зависимости отъ нѣкоторыхъ особенныхъ условій— можетъ быть отъ *растяженія* чувствительныхъ нервовъ (loc cit. стр. 383)". Три другіе случая относятся къ травматическимъ поврежденіямъ спиннаго мозга (паденіе съ высоты, переѣздъ экипажемъ) и послужили къ слѣдующимъ замѣчаніямъ: «Двое изъ нашихъ больныхъ умерли отъ воспаленія мочеваго пузыря; у одного изъ нихъ стѣнки пузыря были изъязлены и въ окружающей соединительной ткани образовался абсцессъ. Черезъ два дня послѣ происшествія на стопахъ и внутреннихъ поверхностяхъ колѣнъ, т. е. въ мѣстахъ взаимнаго ихъ прижатія, появились пузыри». Въ этихъ наблюденіяхъ замѣчательны въ особенности два явленія: во-первыхъ, страданіе пузыря, которое произошло отчасти, вслѣдствіе потери его способности противустоять возбуждающимъ вліяніямъ, а также отъ разложенія мочи, вслѣдствіе долгаго ея задержанія въ болѣе глубокихъ мѣстахъ пузыря. Это самая частая причина печальнаго исхода болѣзни у параплегиковъ. Во-вторыхъ, появленіе пузырей на парализованныхъ конечностяхъ — обстоятельство, которое уже было упомянуто въ предыдущемъ замѣчаніи. Во всѣхъ этихъ случаяхъ, образованіе глубокой эшары въ различныхъ мѣстахъ парализованныхъ частей, подвергавшихся давленію, показываетъ ихъ неспособность противустоять моментамъ разрушенія» (loc. cit., стр. 421, 422).

[12]) Послѣ Брайта, въ особенности нужно упомянуть B. Brodie (Injuries of the spinal chord., въ Med. chir. Transactions, t. XX, 1837) и Brown-Séquard (loc. cit.).

[13]) A. Touzé. Des dermopathies et des dermonécrosies sacro-coccygiennes. Thèse de Paris, 1853. О крестцово-копчиковыхъ болѣзняхъ кожи и кожныхъ омертвѣніяхъ. Thèse de Paris, 1853.

[14]) Kerchensteiner's Bericht, въ Henle und Pfeufer's Zeitschrift für rationelle Medicin. Bd. V. — Смотри такъ же Wunderlich, Pathologie t. II, стр. 285.

Мы разсмотримъ теперь, Мм. Гг., пролежень, обусловленный болѣзнями нервныхъ центровъ. Я не намѣренъ вамъ излагать, во всей подробности, тѣ припадки, которые способна произвести эшара, все равно отъ какой бы причины она ни происходила, такъ какъ они вамъ уже слишкомъ хорошо извѣстны. Однако, позвольте мнѣ, въ нѣсколькихъ словахъ, напомнить вамъ только главнѣйшіе изъ нихъ; ибо, въ значительномъ числѣ случаевъ высшаго развитія пораженій головнаго и въ особенности спиннаго мозга, вы часто замѣтите ихъ появленіе.

Вы знаете, что какое бы малое пространство не занимала эшара, она все-таки составляетъ опасный фокусъ зараженія, и самое *гнилостное отравленіе*, характеризующееся болѣе или менѣе сильною послабляющею лихорадкою, составляетъ одно изъ самыхъ обыкновенныхъ осложненій, вызываемыхъ эшарою.

Затѣмъ слѣдуетъ *гнойное зараженіе* съ образованіемъ метастатическихъ абцессовъ во внутреннихъ органахъ; послѣднее, впрочемъ, встрѣчается довольно рѣдко[15]).

Мы должны также упомянуть о *гангренозныхъ эмболіяхъ*, при которыхъ тромбы, пропитанные гангренознымъ ихоромъ, переносятся на далекое растояніе и обусловливаютъ появленіе гангренозныхъ метастазовъ, которые преимущественно наблюдаются въ легкихъ. На эти явленія я и Баль въ работѣ, опубликованной въ 1857 г.[16]), указывали въ особенности. Но еще раньше насъ и даже раньше эмболической теоріи, появившейся въ Германіи, Фовиль[17]) высказывалъ предположеніе, что значительное число случаевъ гангрены легкихъ, наблюдаемыхъ у помѣшанныхъ и при различныхъ пораженіяхъ нервныхъ центровъ, обусловливаются „переносомъ части жидкости, которая окружаетъ эшару на мѣстѣ ея появленія“.

Процессъ омертвѣнія постепенно распространяется и по-

---

[15]) Billroth und Waeckerling, въ Langenbeck's Archiv. f. klin. Chir., Bd. I, 1861, § 470. Переломъ шестаго спиннаго позвонка, быстрое образованіе эшары на крестцѣ. Явственные симптомы піэміи; шесть или восемь абсцессовъ на поверхности почекъ. — Middeldorf. Knochenbrüche § 62. Переломъ восьмаго спиннаго позвонка. Быстрое образованіе эшары; піэмія; метастатическіе абсцессы въ легкихъ.

[16]) О совпаденіи появленія гангрены внутреннихъ органовъ съ наружными гангренозными пораженіями, въ Union médicale, стр. 26 и 28, janvier 1860.

[17]) Dictionnaire de méd. et de chir. prat., t. I, стр. 556.

ражаетъ глубже лежащія ткани. Потеря вещества при этомъ бываетъ иногда чрезвычайно значительна: серозныя сумки вертѣла вскрываются, большой вертѣлъ лишается надкостной плевы, мышцы, нервные стволы и большія артеріательныя вѣтви обнажаются. Но особенно опасныя явленія представляютъ обнаженіе и потеря вещества крестца и копчика, разрушеніе крестцо-копчиковой связки съ послѣдующимъ вскрытіемъ крестцоваго канала или полости паутинной оболочки. Вслѣдствіе этихъ разрушеній клѣтчато-жировая ткань твердой мозговой оболочки можетъ свободно пропитываться гноемъ и гангренознымъ ихоромъ; а, при мѣстномъ ея разрушеніи, жидкости эти могутъ проникать въ полость паутинной оболочки [18]).

При такихъ случаяхъ обыкновенно появляются тяжелыя спинно-мозговыя осложненія, которыя могутъ быть отнесены къ двумъ главнымъ пораженіямъ: или замѣчается *обыкновенный гнойный восходящій менингитъ* (méningite ascendante purulente simple) или же родъ *ихорознаго восходящаго менингита* (méningite ascendante ichoreuse), котораго множество замѣчательныхъ примѣровъ мы находимъ у Лисфранка и Белларже. Въ подобныхъ случаяхъ, мозговыя оболочки пропитываются гноевидною, сѣроватою, остро-вонючею жидкостью и даже самый спинной мозгъ проникается ею или только въ самой нижней своей части, или же по всей своей длинѣ. Иногда эта жидкость находится на основаніи мозга, въ четвертомъ желудочкѣ, въ Силвіевомъ водопроводѣ и даже въ боковыхъ желудочкахъ. Во всѣхъ этихъ мѣстахъ мозговое вещество на своей поверхности и на извѣстномъ пространствѣ въ глубину представляетъ синеватое, аспиднаго цвѣта окрашиваніе, которое много разъ и совершенно неосновательно, было разсматриваемо какъ признакъ гангрены мозга [19]). Белларже, какъ мнѣ кажется, первый опредѣлилъ истинное значеніе этого измѣненія; оно обусловливается, въ особенности, явленіемъ имбибиціи, мацераціи, ок-

---

[18]) B. Brodie, loc. cil., стр. 153.—Velpeau,—Anatom. chirurgicale.—Ollivier (d'Angers),— Traité des maladies de la moelle épinière, t. I, стр. 314, 324, 3-e édit., 1837. — Moynier. — De l'eschare au sacrum et des accidents qui peuvent en résulter. (Moniteur des sciences médicales et pharmaceutiques, Paris, 1859). — Lisfranc, Archives générales de médicine, 4-e année, t. XIV, стр. 291.

[19]) Dubois (d'Amiens). — Mémoires de l'Académie de médecine, t. XXVII, стр. 50, 1865.

рашиванія. Замѣтьте, что всегда при ихорозномъ церебральномъ менингитѣ, происшедшемъ отъ крестцовой эшары, аспиднаго цвѣта окрашиваніе наблюдается на всемъ протяженіи спиннаго мозга; оно постоянно явственнѣе на этомъ послѣднемъ, чѣмъ въ головномъ мозгу и болѣе сильно по мѣрѣ приближенія къ эшарѣ. На оборотъ, въ случаѣ злокачественной язвы лица, напримѣръ, при канкроидѣ, произведшемъ разрушеніе костей и обнаженіе твердой мозговой оболочки, аспиднаго цвѣта окрашиваніе, обусловленное ихорозною мацераціею, можетъ ограничиваться, какъ я это много разъ наблюдалъ, только передними долями мозга въ тѣхъ областяхъ, которыя соотвѣтствуютъ дну язвы.

Къ этимъ осложненіямъ, которыя я вкратцѣ вамъ изложилъ, нужно прибавить еще, согласно мнѣнію Олливье (d'Angers), тѣ мозговые или спинно-мозговые тяжелые симптомы, которые еще мало опредѣлены и которые въ большинствѣ случаевъ болѣзней спиннаго мозга быстро ведутъ съ смертельному исходу.

Теперь мы должны войти въ нѣкоторыя подробности и познакомить васъ съ главнѣйшими обстоятельствами, при которыхъ, подъ вліяніемъ пораженій головнаго и спиннаго мозга, происходитъ острый пролежень, а также разсмотрѣть различія, которыя онъ представляетъ относительно мѣста и своего развитія, смотря по свойству или мѣсту пораженія, которымъ обусловливается его появленіе. Равнымъ образомъ мы разсмотримъ, примѣнимо ли здѣсь, при объясненіи способа происхожденія этого трофическаго растройства кожи, та общая теорія, которой мы до сихъ поръ придерживались. Съ этою цѣлью мы разсмотримъ послѣдовательно различныя пораженія головнаго и спиннаго мозга, при которыхъ можетъ имѣть мѣсто decubitus acutus.

А. *Decubitus acutus при симптоматической апоплексіи, сопровождающей ограниченныя мозговыя пораженія, расположенныя отдѣльными гнѣздами.* Онъ наблюдается въ особенности при апоплексіи отъ внутри-черепнаго кровоизліянія или частнаго размягченія мозга. Но онъ можетъ еще произойти при кровоизліяніи въ мозговыя оболочки, пахименингитѣ и наконецъ, въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ апоплектикообразные припадки обусловливаются опухолями въ черепной полости. Въ послѣднихъ случаяхъ я наблюдалъ его неоднократно

у субъектовъ, одержимыхъ частнымъ воспаленіемъ мозга, вслѣдствіе полученныхъ въ сраженіи ранъ [20]).

Во всѣхъ подобныхъ случаяхъ эритема обыкновенно появляется между вторымъ и четвертымъ днемъ послѣ припадка, рѣдко раньше, а иногда нѣсколько позже, и занимаетъ особенное, свойственное только этимъ пораженіямъ, мѣсто.

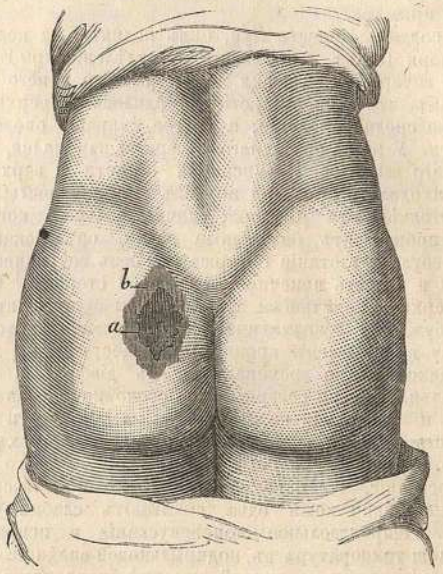
---

[20]) Обязательность моего товарища Крювелье, хирурга въ Salpêtrière, даетъ мнѣ возможность сообщить слѣдующій фактъ, который я и привожу здѣсь въ видѣ примѣра.

Саксонскій солдатъ Эрнестъ Луи, былъ поднятъ, на полѣ сраженія при Вилье, 30 Ноября 1870 г. и помѣщенъ въ отдѣленіе при Salpêtrière, около девяти часовъ вечера того же дня. Пуля прошла у него сквозь черепъ такимъ образомъ, что одно отверстіе находилось въ верхней части лба и нѣсколько лѣвѣе срединной линіи, а другое направо, около средней части темянной кости. У этого послѣдняго отверстія замѣчался, въ видѣ гриба, кусокъ мозговаго вещества. На височной области и верхнемъ вѣкѣ правой стороны находились кровяной подтекъ и припухлость; глубокое безсознательное состояніе 3-го Декабря; спячка; больной, когда его громко спрашиваютъ, произноситъ безсвязные звуки, онъ показываетъ языкъ, когда этого требуютъ; глотаніе совершается безъ затрудненія. Почти полная гемиплегія и вялость конечностей правой стороны. Отъ времени до времени, въ верхней конечности этой стороны происходятъ, безъ всякаго внѣшняго возбужденія, спазматическія сокращенія, которыя мгновенно приводятъ руку въ положеніе пронаціи. Тождественныя, повидимому, сокращенія происходятъ, по временамъ, и въ діафрагмѣ. Дыханіе, хотя иногда и неправильное, но совершается спокойно и безъ хрипѣнія. Сведенія головы и косоглазія не замѣчалось, а такъ же и скошенія рта. Чувствительность кажется сильно притупленною во всѣхъ частяхъ тѣла. Рвоты не было. Пульсъ очень учащенный — 140? — 4-го Декабря (5-ый день); тоже состояніе, что и наканунѣ, только сонливость больше вчерашней: сильные щипки кожи едва вызываютъ слабыя сокращенія въ мышцахъ лица. Непроизвольное мочеиспусканіе и испражненіе. Кожа горячая, влажная: температура въ подкрыльцовой впадинѣ 41°. Замѣчается начало образованія эшары на правой ягодицѣ (парализованная сторона), ничего подобнаго не видно на лѣвой. *На внутренней поверхности праваго бедра, нѣсколько выше колѣна, въ томъ именно мѣстѣ, гдѣ согнутое лѣвое колѣно производило втеченіи ночи нѣсколько продолжительное прижатіе, замѣчается пузырь, величиною въ миндалъ, наполненный лимоннаго цвѣта жидкостью и окруженный неширокимъ эритематознымъ кружкомъ.* То мѣсто лѣваго колѣна, которымъ производилось нажатіе, не представляло ни малѣйшихъ слѣдовъ эритемы или приподнятія кожицы. Больной скончался 5-го числа. *Вскрытіе.* — Средняя, верхняя часть обоихъ мозговыхъ полушарій, на мѣстѣ соотвѣтствующемъ внутреннимъ концамъ боковыхъ передней и задней извилинъ, превращены частью въ красноватую кашицу, въ которой замѣчаются маленькіе разсѣянные сгустки, частью въ синеватую (аспиднаго цвѣта). При поперечныхъ разрѣзахъ замѣчено, что размягченіе проникаетъ въ centrum semiovale Vieussenii до уровня боковыхъ желудочковъ, которыхъ оно, однако, не касается даже на лѣвой сторонѣ, гдѣ воспалительное гнѣздо гораздо больше во всѣхъ направленіяхъ, чѣмъ на

Она не появляется, въ этихъ случаяхъ, въ крестцовой области, или въ какомъ-либо другомъ мѣстѣ срединной линіи тѣла, какъ это обыкновенно происходитъ при страданіяхъ спиннаго мозга, но всегда почти въ срединѣ ягодичной области и при одностороннемъ пораженіи мозга исключительно на парализованной сторонѣ. (Фиг. 3).

Фиг. 3.



Фиг. 3. Сѣдалищный пролежень на парализованной сторонѣ въ одномъ случаѣ гемиплегіи, происшедшей отъ кровоизліянія въ мозгъ: a) омертвѣвшая часть; b) эритематозный кружокъ.

На второй или третій день появляется пузырчатая сыпь затѣмъ, подтечное пятно въ центральной части эритематозной бляшки, слѣдовательно, въ разстояніи 4 или 5 сантиметровъ кнаружи отъ междусѣдалищной борозды и 3 или 4 сантиметра ниже линіи, проведенной отъ верхняго

правой сторонѣ. Зрительные бугры и полосатыя тѣла совершенно не измѣнены. Твердая мозговая оболочка, на размягченныхъ частяхъ мозга, покрыта новообразованною фибринозною и мѣстами гнойной плевой. — Переломъ черепа въ нѣсколькихъ мѣстахъ вблизи пулеваго отверстія.

конца этой борозды кнаружи и въ перпендикулярномъ направленіи къ послѣдней. Наконецъ, на этомъ же мѣстѣ появляется омертвѣніе кожи, которое быстро распространяется въ ширину, если жизнь больнаго еще продолжается; но вообще, decubitus acutus у апоплектиковъ довольно рѣдко достигаетъ полнаго образованія.

Равнымъ образомъ, мы рѣдко встрѣчаемъ, кромѣ сѣдалищной сыпи, появленіе пузырей или пузырьковъ на пяткѣ, на внутренней поверхности колѣна, однимъ словомъ, на различныхъ частяхъ парализованной нижней конечности, которыя могутъ подвергаться какому-либо давленію.

Необходимо притомъ замѣтить, что, по моимъ наблюденіямъ, это пораженіе кожи никогда не появляется въ случаяхъ съ благопріятнымъ исходомъ болѣзни; а потому появленіе его нужно считать признакомъ самаго неблагопріятнаго предсказанія: это, можно сказать, *decubitus ominosus* par excellence. Этотъ признакъ, повторяю еще разъ, не допускаетъ ошибокъ въ предсказаніи, и такъ какъ появленіе его можно уже наблюдать съ первыхъ дней болѣзни, то понятно, что въ сомнительныхъ случаяхъ, онъ пріобрѣтаетъ весьма важное значеніе. Только замѣтное пониженіе нормальной температуры въ центральныхъ частяхъ, наблюдаемое термометромъ при началѣ припадка, составляетъ, по моему мнѣнію, единственный признакъ, который, въ случаяхъ быстро появившейся гемиплегіи, можетъ, относительно предсказанія, соперничать съ предыдущимъ.

Очевидно, что тѣ обстоятельства, при которыхъ развивается decubitus acutus у апоплектиковъ, не даютъ намъ права предполагать, что появленіе его обусловливается единственно только прижатіемъ тѣхъ частей, на которыхъ онъ обнаруживается. Дѣйствительно, обѣ ягодицы подвергаются прижатію въ одинаковой степени; между тѣмъ мы видѣли, что сыпь исключительно появляется, или по крайней мѣрѣ всегда преобладаетъ на парализованной сторонѣ. Много разъ я заставлялъ больныхъ, впродолженіи бо́льшей части дня, лежать на непарализованной сторонѣ и однако эта предосторожность ни въ чемъ не измѣняла появленія эшары. Сверхъ того, какое можетъ имѣть вліяніе, въ подобныхъ случаяхъ, прижатіе, продолжающееся не болѣе двухъ или трехъ дней? Появленіе ея нельзя объяснить и раздражающимъ вліяніемъ мочи: ибо, во многихъ случаяхъ, я застав-

лялъ, почти каждый часъ днемъ и ночью выпускать ее посредствомъ катетера, во все время продолженія болѣзни, чтобы такимъ образомъ, на сколько возможно, избѣжать раздражающаго ея вліянія на кожу и не смотря на это, образованіе эшары происходило согласно вышеописаннымъ правиламъ.

Какою-же органическою причиной обусловливается это особенное трофическое растройство? Долгое время я полагалъ, что это пораженіе должно быть разсматриваемо, какъ эффектъ невропаралитической гипереміи, которая, какъ вамъ извѣстно, всегда проявляется, болѣе или менѣе явственно, относительнымъ увеличеніемъ температуры въ пораженныхъ конечностяхъ при гемиплеміи, зависящей отъ церебральной причины. Но, какъ мы впослѣдствіи увидимъ, это предположеніе не выдерживаетъ критики. Факты, которые мы дальше изложимъ, заставляютъ, съ большою вѣроятностью, предполагать, что оно обусловливается раздраженіемъ тѣхъ областей мозга, которыя въ нормальномъ состояніи оказываютъ болѣе или менѣе прямое вліяніе на питательное отправленіе различныхъ мѣстъ наружныхъ покрововъ.

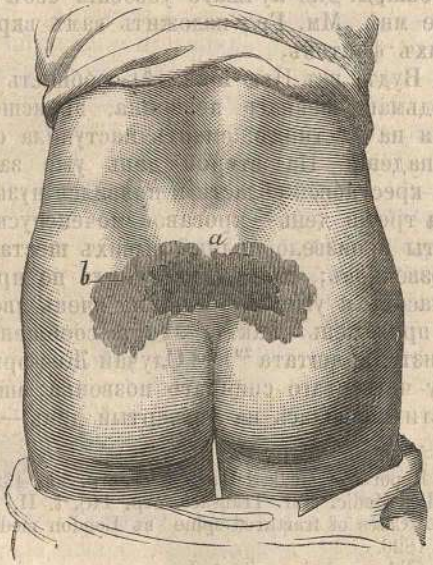
Б. *Decubitus acutus при пораженіяхъ спиннаго мозга.* Когда decubitus acutus происходитъ подъ вліяніемъ пораженія спиннаго мозга, то, въ большинствѣ случаевъ, онъ появляется въ крестцовой области, а слѣдовательно кнутри и выше того мѣста, которое занимаютъ пролежни, обусловливающіеся церебральною причиною. Здѣсь онъ занимаетъ срединную линію и распространяется симметрично въ обѣ стороны на сосѣднія части (фиг. 4). Онъ иногда появляется на одной сторонѣ, въ томъ случаѣ, когда поражается только одна половина спиннаго мозга, и тогда мѣсто пораженія кожи чаще бываетъ на сторонѣ тѣла, противуположной пораженію спиннаго мозга.

При этомъ важную роль играетъ положеніе тѣла больнаго. Такимъ образомъ, часто можно видѣть, что у больныхъ, которые нѣкоторое время лежатъ на одной сторонѣ, кромѣ крестоцовой эшары, появляются обширныя некротическія изъязвленія въ области вертѣловъ. Кромѣ того, часто замѣчается, въ этихъ случаяхъ, что на различныхъ мѣстахъ парализованныхъ конечностей, подвергавшихся даже самому легкому и непродолжительному прижатію, какъ напримѣръ, на лодыжкахъ, пяткахъ, на внутренней поверхности ко-

лѣнъ, — въ противуположность тому, что мы наблюдаемъ при черепномозговыхъ пораженіяхъ, появляются характеристическіе признаки остраго пролежня. Только чрезвычайно рѣдко пролежни появляются на лопаткахъ и въ области локтеваго отростка [20]).

Вообще можно сказать, что какъ скоротечная мышечная атрофія, съ другими подобными ей разстройствами, такъ и decubitus acutus происходятъ отъ однихъ и тѣхъ же пораженій спиннаго мозга. Уже то одно, что эти различныя послѣдовательныя страданія развиваются почти одновременно, заставляетъ, съ большою вѣроятностью, предполагать, что всѣ они имѣютъ общее начало своего происхожденія.

Фиг. 4.



Фиг. 4. Пролежень крестцовой области въ одномъ случаѣ частнаго міэлита, занимающаго спинную область спиннаго мозга: a) омертвѣвшая часть, b) эритематозный кружокъ.

---

[20]) W. Clapp. Provinc. med. and Surg. Journ., 1851 стр. 322, и Gurlt. loc. cit., стр. 110, n° 76.

Однако, нужно замѣтить, что это правило далеко не безъусловное: скоротечная мышечная атрофія, при извѣстныхъ страданіяхъ спиннаго мозга, протекаетъ и безъ появленія эшары; и на оборотъ, при другихъ, можетъ образоваться эшара и безъ измѣненія питанія мышцъ въ парализованныхъ конечностяхъ. Мы еще возвратимся къ этому очень интересному факту въ физіолого-паталогическомъ отношеніи (фиг. 4).

а) Мы должны сперва упомянуть о травматическихъ поврежденіяхъ спиннаго мозга, въ особенности тѣхъ, которыя происходятъ при переломахъ или вывихахъ позвоночнаго столба. Многочисленные факты этого рода, сообщенные Брайтомъ [21]), Броди [22]), Джефрисомъ [23]), Олливье д'Анжеръ, [24]), Ложье [25]), Гурльтомъ [26]) и другими [27]), показываютъ, съ какою быстротою могутъ образоваться, въ подобныхъ случаяхъ крестцовыя эшары. Для лучшаго усвоенія себѣ этого предмета, позвольте мнѣ, Мм. Гг., изложить вамъ вкратцѣ нѣкоторые изъ этихъ фактовъ.

Докторъ Вудъ, изъ Нью-Іорка [28]), сообщилъ одинъ случай перелома седьмаго шейнаго позвонка, происшедшій вслѣдствіе паденія на лѣстницѣ; смерть наступила спустя четыре дня послѣ паденія. На второй день уже замѣчена была краснота въ крестцовой области и появился пузырь на уровнѣ копчика. На третій день — кровавое мочеиспусканіе. — Паденіе съ высоты произвело полный вывихъ шестаго и седьмаго шейныхъ позвонковъ; смерть наступила по прошествіи шестидесяти часовъ и уже въ это время очень явственно обнаруживался пролежень. Фактъ этотъ сообщенъ докторомъ Бюхнеромъ изъ Дармштата [29]). — Случай Жеффриса относится къ перелому четвертаго спиннаго позвонка; эшара въ крестцовой области появилась на четвертый день. — Олливье опи-

[21]) Bright. Reports of medical Cases, t. II, стр. 380, 432. London, 1831.
[22]) B. Brodie. Medic. chir. Transact. стр. 148, t. II, 1836.
[23]) Jeffreys. Cases of fractured spine въ London medic. and surgical Journal. July, 1826.
[24]) Ollivier (d'Angers), loc. cit., t. I.
[25]) S. Laugier. Des lésions traumatiques de la moelle épinière. Thèse de concours. Paris, 1848.
[26]) E. Gurlt. Handb. der Lehre von den Knochenbrüchen. 2 Th. 1. Liefer. Hamm., 1864.
[27]) Смотри объ этомъ предметѣ интересную главу въ работѣ Самуэля, loc. cit., стр. 239.
[28]) Gurlt, loc. cit., табл., n. 97.
[29]) Gurlt, id., n. 86.

сываетъ, со словъ Герсана исторію одного больнаго, у котораго пуля попала въ тѣло шестаго спиннаго позвонка и пролежень появился спустя три дня послѣ происшествія.

Второй случай Жеффриса въ особенности заслуживаетъ вниманія: больной упалъ съ лѣстницы высотою въ двадцать пять ступеней. При вскрытіи были найдены раздробленными и значительно смѣщенными тѣла седьмаго и восьмаго спинныхъ позвонковъ. Въ день паденія кожа представлялась холодною, пульсъ едва ощущался. Полный параличъ движенія и чувствительности въ частяхъ, лежащихъ ниже перелома. На слѣдующій день — постоянная эрекція; „появились фликтены въ крестцовой области," и въ тотъ же день „у больнаго возвратилась чувствительность." Я обращаю ваше вниманіе на это послѣднее обстоятельство, такъ какъ многіе авторы, какъ вы видите, совершенно неосновательно приписывали анестезіи главную роль въ происхожденіи decubitus acutus, при пораженіяхъ спиннаго мозга. Существованіе чувствительности въ частяхъ, расположенныхъ ниже поврежденія, описывается еще, болѣе или менѣе точно, въ случаѣ Коллини [30]) и относится къ перелому седьмаго шейнаго позвонка, при которомъ эшара появилась на четвертый день; тоже самое мы видимъ и въ случаѣ Олливье (d'Angers), гдѣ былъ переломленъ двѣнадцатый спинной позвонокъ. Въ послѣднемъ случаѣ эшара была замѣчена на тринадцатый день. Было бы безполезно приводить еще другіе примѣры, такъ какъ всѣ хирурги согласны въ томъ, что быстрое появленіе пролежней при поврежденіяхъ спиннаго мозга, происшедшихъ отъ перелома или смѣщенія позвонковъ, составляетъ самое обыкновенное явленіе. По Гурльту, коего мнѣніе въ этомъ отношеніи основывается на многочисленныхъ наблюденіяхъ [31]), первые признаки остраго пролежня появляются чаще всего на четвертый или пятый день послѣ происшествія; но, какъ мы видѣли, они могутъ появляются уже на второй день и даже еще раньше. Кажется, какъ это замѣчаетъ уже и Броди, что появленіе эшары происходитъ тѣмъ скорѣе, чѣмъ выше произошло травматическое поврежденіе спиннаго мозга. Съ другой стороны, на основаніи статистическихъ свѣденій,

---

[30]) Сообщенный Олливье (d'Angers), loc. cit.

[31]) Чувствительность, равнымъ образомъ, сохранялась и въ описанномъ выше случаѣ доктора Бюхнера, въ которомъ эшара появилась въ концѣ третьяго дня.

представленныхъ I. Эшгерстомъ, слѣдуетъ заключить, что, чѣмъ ниже мѣсто поврежденія, тѣмъ чаще замѣчаются разстройства питанія. Такимъ образомъ, по этому автору, эшара замѣчалась только три раза при поврежденіи шейной области (1,41%), 12 разъ при спинной (9,23%); между тѣмъ какъ для поясничной области пропорція эта достигаетъ 13,29% (7 случаевъ) [32]).

Симптомы, которые обыкновенно указываютъ на ирритативное состояніе спиннаго мозга или его оболочекъ, какъ-то: пріапизмъ, болѣе или менѣе сильныя клоническія судороги, появляющіяся самостоятельно или же вслѣдствіе какихъ бы то ни было возбужденій въ парализованныхъ конечностяхъ, а также и клоническія судороги, замѣчаемыя въ видѣ приступовъ, неоднократно упоминаются въ числѣ тѣхъ симптомовъ, которые, при переломахъ позвоночнаго столба, предшествуютъ, сопровождаютъ или наступаютъ вслѣдъ за быстрымъ образованіемъ омертвѣнія кожи.

Въ подобныхъ случаяхъ, какъ мы уже видѣли, анестезія парализованныхъ частей не составляетъ постояннаго явленія; что же касается до замѣчательнаго увеличенія температуры, которое иногда происходитъ въ пораженныхъ частяхъ, какъ слѣдствіе паралича сосудодвигательныхъ нервовъ [33]), то объ этомъ, въ настоящее время, ничего еще нельзя сказать положительнаго, такъ какъ на это не было обращено особеннаго вниманія наблюдателей. Здѣсь кстати упомянуть еще объ одномъ симптомѣ, который часто замѣчается во время появленія остраго пролежня,—это изверженіе щелочной, кровянистой и даже гнойной мочи; мы возвратимся еще впослѣдствіи къ этому факту.

Патологическое изслѣдованіе труповъ, умершихъ отъ пораженій спиннаго мозга и сопровождавшихся быстрымъ образованіемъ эшары, не показало вообще никакихъ особен-

[32]) I. Ashhurst. Injuries of the Spine with an Analysis of nearly four hundred Cases. Philadelphie, 1867.

[33]) Въ одномъ случаѣ перелома позвоночнаго столба въ спинной части, наблюдаемаго Гутчинсономъ, на второй день послѣ поврежденія, температура обѣихъ ногъ, на уровнѣ внутреннихъ лодыжекъ, поднялась выше 38°. По наблюденіямъ, произведеннымъ докторомъ Вудманомъ въ London Hospital, средняя нормальная температура между первыми двумя пальцами ногъ равняется 27°.5; maximum—34°5; minimum—21°,5. Смотри Hutchinson,-On Fractures of She Spine, въ London Hospital Reports, t. III, 1866, стр. 366. Смотри также H. Weber et Gull, въ The Lancet. jan. 27, 1872, стр. 117. Clinical Society of London.

ныхъ измѣненій, свойственныхъ этимъ случаямъ. Однако, при подобныхъ обстоятельствахъ часто были находимы такія измѣненія спиннаго мозга, которыя несомнѣнно указываютъ на существованіе воспалительнаго процесса; такъ, напримѣръ, во многихъ случаяхъ замѣчали гнойную инфильтрацію или даже образованіе абсцесса въ центрѣ размягченныхъ частей.

б) Изученіе фактовъ, представляемыхъ гемипараплегіею, обусловливающеюся пораженіями одной только боковой стороны спиннаго мозга, можетъ доставить намъ много полезныхъ свѣденій, касательно происхожденія decubiti acuti и нѣкоторыхъ другихъ трофическихъ разстройствъ, зависящихъ отъ спиннаго мозга. Изъ опытовъ Браунъ-Секара извѣстно, что у животныхъ, вслѣдствіе подобныхъ пораженій, появляется параличъ движенія въ задней конечности той же стороны, на которой произведено поврежденіе спиннаго мозга. Кромѣ того, въ этой конечности замѣчается болѣе или менѣе ясно выраженное возбужденіе осязательной чувствительности и замѣтное увеличеніе температуры; это послѣднее явленіе зависитъ отъ паралича сосудодвигательныхъ нервовъ. Движеніе же и температура конечности, находящейся на противуположной сторонѣ поврежденія, нисколько не измѣняются; между тѣмъ какъ осязательная ея чувствительность значительно ослабляется или даже и совершенно прекращается. Всѣ эти явленія, при аналогичныхъ обстоятельствахъ, происходятъ и у человѣка. Здѣсь, также какъ и у животныхъ, могутъ произойти еще въ обѣихъ нижнихъ конечностяхъ различныя трофическія разстройства, которыя почти всегда появляются одновременно и ясно указываютъ на пораженіе спиннаго мозга. Въ числѣ этихъ питательныхъ разстройствъ, наблюдаемыхъ у человѣка, мы въ особенности замѣчаемъ слѣдующія: быстрое уменьшеніе электрической (фарадической) сократительности мышцъ съ скоро наступающею затѣмъ ихъ атрофіею, особенную форму пораженія сустатовъ (arthropathie), которую мы вскорѣ разсмотримъ, и наконецъ decubitus acutus. Замѣчательно, что какъ пораженіе суставовъ, такъ и мышечная атрофія всегда появляются въ той конечности, на которой сторонѣ поврежденъ спинной мозгъ; между тѣмъ какъ пролежень, на оборотъ, кажется преимущественно обнаруживается, какъ мы уже это замѣтили, въ конечности противуположной этому поврежденію, и тогда онъ занимаетъ крестцовую область и находя-

щуюся вблизи ея ягодицу. Браунъ-Секаръ мнѣ говорилъ, что это особенное расположеніе эшары, относительно мѣста поврежденія спиннаго мозга, представляетъ у животныхъ постоянное явленіе; на людяхъ оно было уже наблюдаемо неоднократно. Для примѣра, я привожу вкратцѣ слѣдующіе факты.

Виге [34]) описываетъ исторію болѣзни одного 28-ми лѣтняго человѣка, который получилъ ударъ шпагою въ спину между девятымъ и десятымъ спинными позвонками; судя по симптомамъ, это поврежденіе преимущественно касалось лѣвой боковой половины спиннаго мозга. Вслѣдъ затѣмъ произошелъ двигательный параличъ обѣихъ нижнихъ конечностей; но уже на слѣдующій день онъ ограничивался почти только одною лѣвою нижнею конечностью. Гиперестезія замѣчалась очень явственно на этой послѣдней конечности; между тѣмъ какъ правая, въ которой двигательныя отправленія почти совершенно возстановились, представляла значительное пониженіе чувствительности. До двѣнадцатаго дня послѣ происшествія улучшеніе слѣдовало очень быстро. Но въ этотъ же день было замѣчено, безъ видимой причины, увеличеніе объема *лѣвой* нижней конечности; чувствительность, попрежнему, оставалась выше нормальной; въ лѣвомъ колѣнномъ суставѣ появилось довольно значительное количество жидкости, вслѣдствіе чего надколѣнная чашка на одинъ сантиметръ отодвинулась отъ мыщелковъ, а спустя еще два дня, было замѣчено появленіе пролежня на правой боковой сторонѣ крестца и на той же ягодицѣ.

Наблюденіе Жоффруа и Салмона въ отдѣленіи Куско, недавно сообщенное въ біологическомъ обществѣ [35]), до мельчайшихъ фактовъ сходно съ вышеописаннымъ наблюденіемъ Виге. Здѣсь, также какъ и тамъ, было замѣчено, что, вслѣдствіе односторонняго травматическаго поврежденія спинной области спиннаго мозга, двигательный параличь появился въ той нижней конечности, на сторонѣ которой находилось поврежденіе. Кромѣ того, эта конечность представляла замѣтное увеличеніе температуры—фактъ, по всей вѣроятности, существовавшій и въ наблюденіи Виге, хотя онъ о немъ и не упоминаетъ; гиперестезія обнаруживалась тоже очень явственно, между тѣмъ, какъ противуположная

[34]) Brown-Séquard. Jour. de la physiologie, etc., t. III, стр. 130, 1863
[35]) Gazette médicale de Paris, n. 6, 7, 8, 1872.

конечность представляла замѣтное уменьшеніе всѣхъ родовъ чувствительности, при сохраненіи движенія и нормальной температуры. Но въ особенности, слѣдуетъ обратить вниманіе на то, что, спустя нѣкоторое время послѣ травмы, безъ всякой видимой причины, появилось страданіе колѣннаго сустава парализованной конечности, а на ягодицѣ противуположной стороны, т. е. въ конечности, лишенной чувствительности, но не движенія, вблизи крестцовой области обнаружился пролежень [36]).

---

[36]) Въ виду особеннаго интереса этого предмета, мы приводимъ главнѣйшія подробности этого наблюденія:

40-лѣтній мужчина, по имени Мартенъ, былъ пораженъ кинжаломъ, ночью съ 15 на 16 февраля 1871 г., въ верхнюю часть спины на уровнѣ 3-го спиннаго позвонка. Рана имѣла направленіе сверху внизъ, сзади напередъ и слѣва направо. Тотчасъ послѣ происшествія, при изслѣдованіи больнаго, оказалось, что нижняя лѣвая конечность была совершенно парализована: движенія же въ правой конечности были сохранены. Утромъ 16 февраля замѣчено слѣдующее: полный параличъ движенія въ *лѣвой нижней конечности*; она представлялась совершенно вялою, безъ всякихъ слѣдовъ контрактуры и оцѣпенѣлости, а равно не замѣчалось ни спазматическихъ движеній, ни подергиваній. На оборотъ, чувствительность этой конечности во всѣхъ отношеніяхъ увеличилась: самое легкое прикосновеніе къ кожѣ и самое легкое давленіе, въ особенности по близости стопы, вызывало уже болѣзненное ощущеніе; легкіе щипки и щекотаніе производили сильную боль; наконецъ, прикосновеніе холоднаго тѣла производило такія болевыя ощущенія, которыя больной сравнивалъ съ цѣлымъ рядомъ уколовъ. Всѣ произвольныя движенія *правой нижней конечности* были совершенно нормальныя; но зато, на оборотъ, въ ней замѣчалась почти полная потеря чувствительности: совершенная потеря болевыхъ ощущеній (analgesie) и почти никакой осязательной чувствительности. Прикосновеніе холоднаго тѣла вызываетъ неясное ощущеніе щипанія. Нечувствительность не ограничивается одною только нижнею конечностью, но распространяется до уровня праваго соска. Непроизвольныя испражненія и мочеиспусканіе.

24 февраля (8-й день). Кромѣ вышеописанныхъ явленій, еще замѣчено, что лѣвая голень (двигательно-парализованная) теплѣе правой. Больной жалуется на чувство сжиманія или сдавливанія при основаніи груди

5 марта (17-й день). Больной жалуется на нѣкоторое разстройство зрѣнія: лѣвый зрачекъ съуженъ больше праваго; сосуды лѣваго глаза объемистѣе и многочисленнѣе, чѣмъ праваго. Уже два дня испражненія совершаются произвольно. Состояніе нижнихъ конечностей ни въ чемъ не измѣнилось.

13 марта (25-й день). Правая ягодица со вчерашняго дня уже замѣтно покраснѣла и въ одномъ мѣстѣ образовалась эритематозная бляшка съ обнаженіемъ кожи отъ кожицы.

14 марта. Правая ягодица, по близости крестца, представляется обнаженною отъ кожицы, на пространствѣ величиною въ пятифранковую монету и, кромѣ того, въ ней замѣчается подтекъ (decubitus acutus). Уже 24 февраля было замѣчено, что пассивныя движенія въ лѣвомъ ко-

Слѣдующій интересный фактъ заимствованъ мною изъ работы В. Мюллера [37]). Въ этомъ случаѣ страданіе сустава не было помѣчено, но зато появилась скоротечная мышечная атрофія въ парализованной конечности, появленію которой предшествовало, много дней уже раньше, замѣтное уменьшеніе электрической сократительности. Во всѣхъ же остальныхъ отношеніяхъ наблюденія В. Мюллера совершенно сходны съ случаями, описанными Виге и Жоффруа. Въ немъ описывается случай съ женщиною, двадцати одного года, которой нанесенъ былъ ударъ ножемъ въ спину, на уровнѣ четвертаго спиннаго позвонка, причемъ, какъ показало впослѣдствіи вскрытіе, лѣвая боковая половина спиннаго мозга, на 2 миллиметра выше происхожденія третьей пары спинныхъ нервовъ, была совершенно отдѣлена. Полный параличь и гиперестезія лѣвой нижней конечности былъ замѣченъ уже въ самый день пораненія; правая конечность представлялась анестезированною, но не парализованною. На второй уже день мышцы парализованной конечности и нижней части живота той же стороны не сокращались при фарадизаціи, между тѣмъ какъ въ соотвѣтственныхъ мышцахъ противуположной стороны электрическая сократительность оставалась нормальною. На одинадцатый день образовалась эшара, занимавшая крестцовую область и распространявшаяся на правую ягодицу. Въ тотъ же день было замѣчено, что парализованная конечность представляется явственно атрофированною, такъ что окружность ея была отъ 4 до 5 сантиметровъ меньше, чѣмъ въ анестезированной конечности. Смерть послѣдовала на тринадцатый день. При вскрытіи края раны спиннаго мозга представлялись припухшими и темно-краснаго цвѣта; рана была покрыта тонкимъ слоемъ гноя; лѣвый боковой канатикъ (cordon latéral), ниже раны, представлялъ, на всемъ своемъ протяженіи, явственные анатомическіе признаки нисходящаго міэлита (myélite descendante).

лѣвѣ (двигательно-парализованномъ) производили небольшую боль; сегодня же это сочлененіе представляется припухшимъ, покраснѣвшимъ и болящимъ; боль усиливается при движеніяхъ (arthropathie spinale).

24 марта. На правой ягодицѣ и на уровнѣ подтечной пластинки образовалось изъязвленіе, покрытое мясистыми сосочками. Припухлость, краснота и боль почти совершенно исчезли въ правомъ колѣнѣ.

[37]) W. Mueller. Beiträge zur pathologisch. Anatomie und Physiologie des menschlichen Rückenmarkes. Leipzig. 1871. Набл. I

Одновременное появленіе различныхъ трофическихъ разстройствъ, описанныхъ въ этихъ и другихъ подобныхъ же наблюденіяхъ, заставляетъ предполагать, что они имѣютъ одну общую причину своего происхожденія. Эта причина, по всей вѣроятности, состоитъ въ растяженіи воспалительнымъ процессомъ нижняго сегмента спиннаго мозга, первоначально развивающагося на краяхъ раны [38]).

Принимая это въ соображеніе и основываясь на фактахъ, изложенныхъ въ предыдущей лекціи, мы имѣемъ, кажется, право отнести скоротечную и общую атрофію парализованныхъ мышцъ, въ случаѣ, описанномъ Мюллеромъ, къ распространенію процесса на передніе рога сѣраго вещества, соотвѣтствующей пораженію стороны, на всемъ томъ пространствѣ спиннаго мозга, изъ котораго выходятъ нервные стволы, направляющіеся къ парализованнымъ мышцамъ, что могло совершиться или постепеннымъ распространеніемъ въ нисходящемъ направленіи, или же посредствомъ боковыхъ канатиковъ. Этимъ пораженіемъ переднихъ роговъ мы объясняемъ себѣ еще и развитіе страданія сустава, описаннаго въ наблюденіяхъ Виге и Жоффруа. Что же касается появленія эшары на противуположной сторонѣ поврежденія спиннаго мозга, то это указываетъ на то, что нервныя волокна, обусловливающія, въ данномъ случаѣ, омертвѣніе наружныхъ покрововъ, не слѣдуютъ тому же самому направленію, какъ волокна, вліяющія на питаніе мышцъ и сочлененій, а что, на оборотъ, они перекрещиваются въ спинномъ мозгу, подобно волокнамъ, предназначеннымъ для передачи осязательныхъ впечатлѣній.

Наблюденія послѣдовательной гемипараплегіи, при одностороннемъ поврежденіи спиннаго мозга, показываютъ намъ еще, что decubitus acutus можетъ обнаруживаться независимо отъ невропаралитической гипереміи, такъ какъ появленіе его мы замѣчаемъ на той сторонѣ тѣла, на которой нѣтъ пораженія вазомоторныхъ нервовъ.

---

[37]) Въ недавно опубликованной мною работѣ, я доказалъ, что, вслѣдствіе пораненій спиннаго мозга, уже спустя 24 часа послѣ травмы и на извѣстномъ разстояніи отъ спинно-мозговой раны, выше и ниже ея, могутъ быть найдены ирритативныя измѣненія (гипертрофія осевыхъ цилиндровъ, размноженіе міэлоцитовъ и пр).—(Charcot. О происхожденіи двигательныхъ нервныхъ клѣтокъ и осевыхъ цилиндровъ нервныхъ трубокъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ міэлита. Въ Archiv. de physiologie n. I, 1872, стр. 95, набл. I).

в) Теперь мы должны еще упомянуть о тѣхъ случаяхъ міэлита, которые происходятъ не вслѣдствіе ранъ или размозженія спиннаго мозга, какъ въ предыдущихъ случаяхъ, но развиваются подъ вліяніемъ непрямыхъ травматическихъ причинъ, напримѣръ отъ значительнаго усилія при поднятіи тяжести. Decubitus acutus, въ подобныхъ случаяхъ, можетъ образоваться также скоро, какъ и при переломахъ позвоночнаго столба. Это мы видимъ изъ слѣдующаго факта, описаннаго Gull'емъ.

25-лѣтній мужчина, работавшій въ лондонскихъ докахъ, почувствовалъ внезапную боль въ спинѣ, въ моментъ поднятія тяжести. Однако онъ могъ еще пройти одну милю пѣшкомъ къ себѣ домой. Утромъ, на третій день, нижнія конечности были уже совершенно парализованы, а спустя еще два дня, т. е. на четвертый день послѣ происшествія, начала образоваться эшара въ крестцовой области; моча, вытекавшая изъ мочеваго пузыря, имѣла амміячныя свойства. Больной умеръ десять дней спустя послѣ появленія паралича. При вскрытіи, самое внимательное изслѣдованіе костей и связокъ позвоночнаго столба не открыло въ нихъ никакого поврежденія. Спинной же мозгъ, около 5-го и 6-го спинныхъ позвонковъ, во всю свою толщину, былъ превращенъ въ густую слизисто-клейкую жидкость зеленовато-темнаго цвѣта [39]).

Самопроизвольный острый міэлитъ подобно травматическимъ, также часто сопровождается преждевременнымъ образованіемъ крестцовой эшары, въ особенности же когда онъ появляется внезапно и быстро развивается. Чтобы не вдаваться въ излишнія подробности, я ограничусь указаніемъ нѣсколькихъ примѣровъ сюда относящихся фактовъ. Появленіе эшары было наблюдаемо на 5-ый день послѣ появленія паралича, въ случаѣ, сообщенномъ Duckworth'омъ [40]); на 6-й день, въ случаѣ, наблюдаемомъ въ отдѣленіи Вуалле и сообщенномъ мнѣ Жоффруа; на 9-ый день въ наблюденіи Энгелькена; на 12-ый, въ другомъ случаѣ того же автора [41]); наконецъ, въ случаѣ менинго-міэлита, описаннаго Вуазеномъ и Корнилемъ, появленіе эшары было замѣчено на 6-ой день [42]).

[39]) W. Gull. Cases of. Paraplegia, въ Guy's Hospital Reports, 1858, стр. 189, case XXII.

[40]) The Lancet, 6 nov. 1869, стр. 638.

[41]) Loc. cit. Pathologie der acuten Myelitis. Zürich, 1867.

[42]) Gazette des hôpitaux, 1865, n. 26.

Можно-бы было привести много подобныхъ примѣровъ. Decubitus acutus также часто появляется при гематоміэліи, которая, повидимому, по крайней мѣрѣ въ извѣстныхъ случаяхъ, составляетъ только припадокъ центральнаго міэлита, что подтверждается вышеописаннымъ случаемъ Дюріо, въ которомъ омертвѣніе крестцовой области было уже наблюдаемо спустя только четыре дня послѣ появленія первыхъ симптомовъ [43]).

Быстрое омертвѣніе кожи крестцовой области можетъ воспослѣдовать еще и въ тѣхъ болѣзняхъ спиннаго мозга, которыя имѣютъ медленное теченіе; тогда оно обусловливается или новымъ сильнымъ раздраженіемъ, или же острымъ воспалительнымъ процессомъ, внезапно присоединившимся къ первоначальному пораженію. Такимъ образомъ, быстрое образованіе эшары, по моему мнѣнію, можетъ произойти при ожесточеніяхъ частнаго склеротическаго міэлита и при внезапномъ проникании гноя въ полость позвоночнаго канала изъ абцесса, образовавшагося у субъекта, одержимаго Поттовою болѣзнею. Тоже самое можетъ произойти и при опухоли, помѣщающейся въ центральныхъ частяхъ спиннаго мозга, присутствіемъ которой можетъ обусловливаться развитіе остраго міэлита. Въ наукѣ существуетъ много подобнаго рода примѣровъ [44]).

Если на собранныхъ нами фактахъ нельзя еще построить теоріи происхожденія остраго пролежня отъ спинно-мозговой причины, то, по крайней мѣрѣ, они показываютъ намъ, если я не ошибаюсь, главнѣйшія условія его появленія. Очевидно, что вліяніе давленія, а равно и вазомоторный параличъ, которые, какъ мы это уже видѣли при гемипараплегіи, происшедшей отъ травматическаго поврежденія одной боковой половины спиннаго мозга, составляютъ второстепенное явленіе. Вообще же, сильное и болѣе или менѣе распространенное раздраженіе извѣстной области спиннаго мозга всегда составляетъ здѣсь преобладающее явленіе, которое, по своимъ анатомическимъ признакамъ, чаще всего выражается острымъ или полуострымъ міэлитомъ, а клинически — совокупностью симптомовъ, относящихся къ этому пораженію. Образованіе трофическихъ растройствъ, влекущихъ за собою

---

[43]) Union médicale, t. I, 1858, p. 303.

[44]) См., между прочимъ, Mac Dowel's Case of Paraplegia въ Dublin quarterly Journ., 1862.

омертвѣніе крестцовой области, должны быть объясняемы не отсутствіемъ дѣятельности, но также раздраженіемъ спиннаго мозга. Такое заключеніе согласно и съ результатами экспериментальныхъ изслѣдованій надъ животными, при которыхъ развитіе гангренозныхъ изъязвленій на крестцѣ, появляется не вслѣдствіе обыкновенныхъ перерѣзокъ спиннаго мозга, но только въ тѣхъ случаяхъ, когда въ окружности спинно-мозговаго поврежденія образовалось воспаленіе.

Трудно предполагать, чтобы decubitus acutus могъ развиваться подъ вліяніемъ раздраженій всѣхъ безразлично частей, составляющихъ спинной мозгъ. Частое появленіе его при гематоміэліи и остромъ центральномъ міэлитѣ, при которыхъ пораженіе занимаетъ преимущественно центральныя области спиннаго мозга, повидимому указываетъ, что преобладающая роль, въ этомъ отношеніи, въ особенности принадлежитъ сѣрому веществу. Бѣлые задніе пучки, безъ сомнѣнія, тоже принимаютъ въ этомъ участіе, ибо мы знаемъ, что раздраженіе извѣстныхъ частей этихъ послѣднихъ не только вызываетъ появленіе различныхъ накожныхъ сыпей, но также, хотя и въ рѣдкихъ случаяхъ, производитъ омертвѣніе кожи [45]).

Съ другой стороны также доказано, что не всѣ безразлично части сѣраго вещества принимаютъ въ этомъ участіе; нѣкоторыя между ними могутъ подвергаться, какъ мы уже замѣтили, самымъ сильнымъ ирритативнымъ пораженіямъ, не вызывая никогда появленія остраго пролежня. Къ нимъ относятся передніе рога, пораженія которыхъ, какъ вы знаете, зато самымъ положительнымъ образомъ вліяютъ на питаніе мышцъ, а также, какъ мы вскорѣ увидимъ, вѣроятно и на питаніе сочлененій. На этомъ основаніи, крестцовая эшара вообще не появляется при дѣтскомъ спинномъ параличѣ взрослыхъ, такъ какъ анатомическія измѣненія при этихъ страданіяхъ систематически ограничиваются острымъ воспалительнымъ пораженіемъ переднихъ роговъ. Вы видите, что анализъ этихъ явленій приводитъ насъ къ тому замѣчательному результату, что въ числѣ питательныхъ разстройствъ, происходящихъ отъ спинно-мозговой причины, одни занимаютъ мышцы или сочлененія и появляются вслѣдствіе измѣненій переднихъ роговъ, другія же поражаютъ преимущественно кожу и обусловливаются ирритативнымъ пораженіемъ, за-

[45]) Смотри стр. 66.

нимающимъ или заднія или центральныя части сѣраго вещества или же еще задніе бѣлые пучки. А потому, съ этой точки зрѣнія нужно признать, что въ спинномъ мозгу существуютъ двѣ области, обладающія совершенно различными свойствами. Но такъ какъ эти области могутъ поражаться или отдѣльно, или совмѣстно одна съ другою, то мы и видимъ, что decubitus acutus и острая мышечная атрофія, при клиническихъ наблюденіяхъ, появляются то независимо одинъ отъ другой, то, на оборотъ, существуютъ вмѣстѣ у одного и того же субъекта.

На основаніи всего вышеизложеннаго, мы не сомнѣваемся въ развитіи decubitus acutus подъ вліяніемъ ирритативныхъ пораженій спиннаго мозга. Однакожъ, Самуэль придерживается противуположнаго мнѣнія: онъ полагаетъ, что здѣсь не спинной мозгъ, а однѣ только спинные узлы или периферическіе нервы составляютъ причину появленія этого пораженія кожи[46]). Мы еще познакомимъ васъ съ тѣми доказательствами, на которыхъ онъ основываетъ свое предположеніе; но теперь только замѣтимъ, что оно находится въ явномъ противорѣчіи съ тѣми многочисленными случаями травматическаго міэлита, при которыхъ поврежденіе спиннаго мозга происходитъ въ верхней его части, напримѣръ въ шейной или въ верхней части спинной области – причемъ появленіе остраго пролежня въ крестцовой области, происходитъ несомнѣнно безъ всякаго прямаго участія спинныхъ узловъ или периферическихъ нервовъ. Равнымъ образомъ, предположенію Самуэля противорѣчатъ и случаи гематоміэліи или самопроизвольнаго центральнаго міэлита, сопровождающіеся преждевременнымъ образованіемъ эшары.

Однако, нельзя положительно утверждать, чтобы быстрое образованіе эшары не могло бы произойти иногда и подъ вліяніемъ ирритативнымъ пораженій периферическихъ нервовъ, а, можетъ быть, также и спинныхъ узловъ. Безъ сомнѣнія, примѣры развитія накожнаго омертвѣнія, вслѣдствіе уколовъ, неполной перерѣзки или прижатія нерва представляютъ довольно рѣдкое явленіе; но тѣмъ не менѣе нѣкоторые изъ нихъ являются очень убѣдительными[47]). Я раз-

[46]) Loc. cit., стр. 252.

[47]) Въ числѣ другихъ, недавно опубликованныхъ фактовъ, смотри случай доктора В. А. Лансона (The Lancet, 30 dec. 1871., p. 913) и два случая доктора Витрокъ (Union médicale de la Gironde, t. II, стр. 127 и Revue phot. des hôp., 1871).

скажу вамъ одинъ подобный случай, недавно видѣнный мною въ Salpêtrière. У одной женщины въ лѣвой половинѣ таза образовалась огромная фиброзная опухоль, которая прижимала начала сѣдалищнаго и бедрянаго нервовъ на соотвѣтствующей сторонѣ. Вслѣдствіе этого, появилось паретическое состояніе лѣвой нижней конечности, сопровождавшееся сильными болями по направленію главныхъ стволовъ этихъ нервовъ. Немного спустя, послѣ появленія симптомовъ прижатія, было замѣчено быстрое развитіе эшары на лѣвой сторонѣ, по близости крестцовой области. Кромѣ того, внутренняя поверхность лѣваго колѣна, въ томъ именно мѣстѣ, гдѣ оно, вслѣдствіе неподвижнаго положенія больной, сохраняемаго впродолженіе цѣлой ночи, было прижато правымъ колѣномъ, образовалось много пузырей, наполненныхъ темноватою жидкостью, которые вскорѣ превратились въ эшару. Ничего подобнаго не замѣчалось на правомъ колѣнѣ. Здѣсь кстати еще напомнить, что и самопроизвольная zona, появленіе которой, по крайней мѣрѣ въ извѣстныхъ случаяхъ, обусловливается очень вѣроятнымъ воспаленіемъ нерва, можетъ причинить иногда, по замѣчанію Рейе [48]), болѣе или менѣе глубокое омертвѣніе кожи. Я часто наблюдалъ подобные факты у стариковъ этого госпиталя, а потому могъ неоднократно убѣдиться, что давленіе, производимое на части тѣла покрытыя сыпью, не играетъ при этомъ никакой существенной роли. Что же касается появленія сѣдалищнаго остраго пролежня, то я полагаю, что въ извѣстномъ числѣ случаевъ, онъ обусловливается ирритативнымъ пораженіемъ нервовъ конскаго хвоста. Какъ примѣръ этому, мы можемъ указать на недавно опубликованный случай въ диссертаціи Куиба [49]).

[48]) Rayer. — Maladies de la peau, t. I, стр. 335.

[49]) Одинъ молодой гардъ-мобилъ былъ раненъ на аванпостахъ въ Кламаръ; пуля вошла около передняго конца 10-го лѣваго ребра и вышла съ правой стороны позвоночнаго столба, въ 7 или 8 сантиметрахъ отъ него, на уровнѣ втораго поясничнаго позвонка. Послѣдствіемъ этого поврежденія было паретическое состояніе и сильная гиперестезія нижнихъ конечностей. На 5-ый день послѣ пораженія появился пузырь на правой ягодицѣ, вскорѣ превратившійся въ эшару, которая быстро затѣмъ распространидась на всю сѣдалищную область. Смерть послѣдовала на 19-ый день. Вскрытіе: гнойная масса покрываетъ переднюю и заднюю поверхность спиннаго мозга, на всемъ пространствѣ отъ конскаго хвоста до шейной области. Спинной мозгъ, изслѣдованный сперва въ свѣжемъ сос-

III.

Страданія суставовъ отъ черепно- и спинно-мозговой причины.—Довольно часто сочлененія являются мѣстомъ послѣдовательныхъ питательныхъ разстройствъ при пораженіяхъ нервныхъ центровъ. Такъ какъ эти страданія суставовъ представляютъ различіе, смотря потому обусловливаются ли они пораженіями головнаго или спиннаго мозга, то я и раздѣляю ихъ на двѣ главныя категоріи.

А. Къ первой категоріи принадлежатъ острыя или полуострыя страданія суставовъ, сопровождающіяся припухлостью, краснотою, а иногда болѣе или менѣе сильною болью. Въ первый разъ они были описаны, если я не ошибаюсь, американскимъ врачемъ, профессоромъ Митчелемъ [50]), который наблюдалъ ихъ при параплегіи, зависящей отъ Поттовой болѣзни, гдѣ однако, по моему мнѣнію, они появляются очень рѣдко [51]). Чаще всего они появляются, какъ послѣдствія травматическаго пораженія спиннаго мозга, что достаточно подтверждается вышеупомянутыми фактами, описанными Виге и Жоффруа [52]). Тоже самое мы видимъ и въ случаѣ сотрясенія спиннаго мозга, который сообщилъ Гулль [53]).

Острое или полуострое воспаленіе парализованныхъ сочлененій можетъ появиться еще и при самопроизвольномъ *міэлитѣ*. Какъ примѣръ этому, я привожу одинъ такой случай, сообщенный Гуллемъ [54]), и другой, описанный Муаніе въ *Moniteur des Sciences médicales* за 1859 г. Этотъ второй случай относится къ молодому 18-лѣтнему мужчинѣ, у котораго, вслѣдствіе сильной усталости и продолжительнаго пребыванія въ сыромъ мѣстѣ, появились всѣ симптомы

тоянии, затѣмъ послѣ отвердѣнія, не представлялъ никакого измѣненія на многочисленныхъ поперечныхъ разрѣзахъ. Нѣкоторые же нервныя трубки, составляющія конскій хвостъ, напротивъ, представляли характеристическіе признаки зернисто-жироваго перерожденія. Couyba. — Thèse de Paris, 1871, Набл. XIII, стр. 53.

[50]) Mitchell.—American Journal of the medic. Sc. t. VIII, p. 55, 1831.

[51]) Однако, я видѣлъ полуострое пораженіе колѣна у одной женщины, одержимой послѣдовательнымъ параличемъ при Поттовой болѣзни. Фактъ этотъ былъ описанъ Michaud, Sur la méningite et la myélite dans le mal vertébral,, Paris. 1871).

[52]) Стр. 78 и 79.

[53]) Gull. — Guy's Hospital Reports, 3-e série, t. IV, 1858. Наблюденіе XXVII.

[54]) Gull. — Idem. Наблюд. XXVII.

полуостраго міэлита. Двигательный параличъ нижнихъ конечностей началъ обнаруживаться 25-го января, а 9-го февраля конечности были уже совершенно парализованы. — 23-го февраля на кожѣ крестцовой области появилась эритематозная бляшка, которая 5-го марта превратилась уже въ эшару. 6-го Марта появилась сильная боль въ правомъ колѣнѣ, которое представлялось припухшимъ и давало ощущеніе зыбленія. Кромѣ того, образовалась припухлость у голеностопнаго сочлененія той же стороны. 9-го марта объемъ колѣна уже уменьшился и въ тотъ же день на пяткахъ появилась эшара. Больной умеръ 27-го марта. При вскрытіи было найдено размягченное гнѣздо, помѣщавшееся на разстояніи около 4 сантиметровъ выше конскаго хвоста.

Наконецъ, въ одномъ случаѣ центральнаго міэлита, описаннаго Gull'емъ, развившагося у ребенка первоначально по сосѣдству съ одиночнымъ бугоркомъ, помѣщавшимся въ шейной области спиннаго мозга, авторъ наблюдалъ внутрисуставное изліяніе въ одно колѣно, появившееся одновременно съ распространеніемъ паралича на нижнія конечности [55]).

Замѣчательно, что при различныхъ формахъ остраго или полуостраго міэлита, послѣдовательныя страданія суставовъ часто развиваются тогда, когда мышцы парализованныхъ конечностей начинаютъ уже атрофироваться, или еще въ то время, когда на сѣдалищѣ быстро образуется эшара.

Къ этой же категоріи, по моему мнѣнію, относится и *страданіе сочлененій у гемиплегиковъ*. Оно было описано въ первый разъ Скоттъ Элисономъ [56]) въ 1846 г., и затѣмъ позже

---

[54]) Gull., loc. cit., cas. XXXII.

[55]) Scott Alison.—Arthrites occurring in the course of paralysis,—замѣтка, читанная въ Лондонскомъ Медицинскомъ Обществѣ 13 января 1846 г. Въ The Lancet, t. I, стр. 227, 1846 г. — Этотъ случай, сообщенный докторомъ Элисономъ нужно отнести къ описанному нами (Archiv. de physiologie. t. I) артриту гемиплегиковъ; пораженіе исключительно ограничивается парализованными конечностями и не распространяется на здоровыя сочлененія. Пораженныя сочлененія представляются горячими, припухшими, а въ нѣкоторыхъ случаяхъ болѣзненными. Боль эта появляется самостоятельно, или только при движеніяхъ. Самое частое пораженіе замѣчается въ колѣнѣ, локтѣ, запястьѣ, ручной кисти и въ стопѣ. Эта форма артрита въ особенности появляется въ тѣхъ случаяхъ гемиплегіи, которые обусловливаются энцефалитомъ или размягченіемъ мозга. Изъ множества подобныхъ случаевъ, мы приводимъ вкратцѣ, для примѣра, два болѣе замѣчательныя наблюденія.

Браунъ-Секаромъ; я уже указалъ анатомическіе и клиническіе его признаки. Въ этомъ видоизмѣненіи, какъ и въ первомъ, страданіе суставовъ ограничивается парализованными конечностями и чаще всего появляется въ верхней конечности. Оно въ особенности часто замѣчается при ограниченномъ размягченіи мозга и рѣже, какъ слѣдствіе внутри-черепнаго кровоизліянія. Эти страданія обыкновенно развиваются по прошествіи пятнадцати дней или одного мѣсяца послѣ апоплектическаго припадка, т. е. въ то время, когда

Наблюденіе I. Женщина 49 лѣтъ, которая давно уже не болѣла и никогда не подвергалась никакимъ болѣзнямъ суставовъ, внезапно была поражена гемиплегіей. Нѣсколько дней спустя, припухлость и жаръ появились въ запястьи парализованной стороны, а немного позже, болѣзненное опуханіе обнаружилось въ колѣнѣ и стопѣ той же стороны. Отека не замѣчалось. Парализованныя конечности представлялись слегка какъ бы окоченѣвшими. Вскрытіе показало ограниченное размягченіе мозга; лоханки были наполнены небольшими камнями, образовавшимися изъ мочевой кислоты.

Наблюденіе II. Мущина, 54 лѣтъ, маляръ, имѣвшій прежде нѣсколько приступовъ подагры, внезапно былъ пораженъ гемиплегіей. Вскорѣ затѣмъ въ запястьи ручной кости и стопѣ парализованной стороны появились жаръ и припухлость. Парализованныя конечности представлялись окоченѣлыми. Вскрытіе показало размягченіе мозга и въ одномъ изъ боковыхъ желудочковъ былъ найденъ довольно большой кровяной сгустокъ.

Авторъ объясняетъ развитіе этой формы артрита у гемиплегиковъ слѣдующимъ образомъ: «Отношенія, которыя существуютъ», говоритъ авторъ, «въ нормальномъ состояніи между составными частями крови и живыми тканями, глубоко измѣняются; причемъ здѣсь нужно разсматривать два элемента: во-первыхъ, уменьшеніе жизненности парализованныхъ частей, во-вторыхъ, присутствіе болѣзненныхъ началъ въ крови. Такимъ образомъ, раздражающее вліяніе этихъ началъ должно обнаруживаться сильнѣе въ тѣхъ мѣстахъ, въ которыхъ уменьшена жизненная энергія». Въ подтвержденіе своей теоріи, авторъ указываетъ въ особенности на только что описанныя два наблюденія, въ которыхъ эти два субъекта, по всей вѣроятности, находились подъ вліяніемъ мочекислаго діатеза: у одного были найдены въ лоханкахъ конкременты мочевой кислоты, а другой прежде неоднократно подвергался приступамъ подагры (свинцовой подагры).»—Мы, въ свою очередь, замѣтимъ, что оба эти случая, по всей вѣроятности, представляются совершенно исключительными, ибо артритъ чаще всего развивается у гемиплегиковъ не подъ вліяніемъ подагры, ревматизма или какого-нибудь другаго діатеза, а вслѣдствіе болѣе или менѣе прямаго пораженія мозга, въ чемъ легко убѣдиться, прочитавъ наблюденія, опубликованныя въ нашей работѣ (Archiv. de physiologie, t. I).

Отдавая полную справедливость точности клиническихъ описаній Элисона, я не могу, однако, быть послѣдователемъ предложенной имъ патогенической теоріи. Этимъ я не хочу отрицать возможности особеннаго предрасположенія парализованныхъ сочлененій при гемиплегіи, зависящей отъ мозговой причины, къ выдѣленію раньше накопившихся въ крови агентовъ, какъ это желательно доктору Элисону. Я самъ сообщилъ,

появляется *медленно развивающаяся контрактура* въ парализованныхъ конечностяхъ; однако онѣ могутъ обнаруживаться и позже. Припуханіе, краснота и боль въ сочлененіяхъ бываютъ иногда настолько сильными, что напоминаютъ собою припадки остраго члено-суставнаго ревматизма. Часто также одновременно съ сочлененіями, поражаются и сухожильныя влагалища.

Я доказалъ, что здѣсь образуется настоящій синовитъ, причемъ происходитъ разростаніе и размноженіе ядрышекъ и фиброзныхъ элементовъ серозной оболочки сустава, а также увеличеніе объема и количества развѣтвляющихся въ ней

въ Біологическомъ Обществѣ подобный фактъ, въ которомъ было очевидно это особенное предрасположеніе. Женщина, около 40 лѣтъ, была вдругъ поражена параличемъ правой половины тѣла; спустя три года послѣ этого, она поступила въ мое отдѣленіе. Парализованныя конечности были сильно поражены контрактурой; въ различныхъ сочлененіяхъ этихъ конечностей, въ особенности же въ колѣнѣ и стопѣ, появлялись, по временамъ, боль и припухлость; кромѣ того, у больной была значительная афазія. Нельзя было узнать, подвергалась-ли она когда-нибудь подагрѣ или ревматизму. При аутопсіи найденъ былъ обширный рубецъ, какъ послѣдствіе зажившаго геморрагическаго гнѣзда; онъ помѣщался снаружи внѣжелудочнаго ядра полосатаго тѣла. Во многихъ сочлененіяхъ конечностей правой парализованной стороны, суставные хрящи, въ центральныхъ своихъ частяхъ, были инкрустированы отложеніями, состоящими изъ кристаллическаго или аморфнаго мочекислаго натра. Ничего подобнаго не замѣчалось въ сочлененіяхъ непарализованной стороны. Нѣсколько бѣлыхъ полосокъ, найденныхъ въ почкахъ, оказались, при микроскопическомъ и микрохимическомъ изслѣдованіи, состоящими тоже изъ мочекислаго натра.

Отложенія, образующіяся исключительно въ сочлененіяхъ парализованныхъ конечностей, составляютъ въ этомъ наблюденіи, безспорно, очень замѣчательное явленіе; но, повторяю еще разъ, подобные факты наблюдаются только какъ исключенія и, во всякомъ случаѣ, они не имѣютъ ничего общаго, въ патологическомъ отношеніи, съ обыкновеннымъ артритомъ гемиплегиковъ. (Случай Гюбера; смотри Бурневиля. — Клиническое и термометрическое ученіе о болѣзняхъ нервной системы, стр. 58).

Мы должны быть признательны Браунъ-Секару за то, что онъ опять обратилъ вниманіе на страданіе суставовъ у гемиплегиковъ и лучше Элисона опредѣлилъ его органическую причину. Вотъ въ какихъ словахъ онъ выражается объ этомъ предметѣ въ лекціи, опубликованной въ The Lancet (Lectures on the mode and origine of symptoms of diseases of the brain. Лек. I час. II, The Lancet, July 13. 1861). Принимая появленіе тягостныхъ ощущеній въ парализованныхъ конечностяхъ, какъ напримѣръ, ползаніе мурашекъ и покалыванія, за результатъ прямаго раздраженія церебральныхъ нервныхъ вѣточекъ, при пораженіи мозга, онъ прибавляетъ: «Эти ощущенія относятся къ периферіи на томъ же основаніи, какъ и всѣмъ извѣстное ощущеніе въ ручныхъ пальцахъ при ушибѣ локтеваго нерва. Они не должны быть смѣшиваемы съ болями, иногда очень силь-

капиллярныхъ сосудовъ. Въ трудныхъ случаяхъ, сверхъ того, происходитъ выпотѣваніе серозно-фибронознаго экcудата съ съ примѣсью бо̀льшаго или меньшаго количества бѣлыхъ кровяныхъ шариковъ. Этотъ экcудатъ можетъ иногда наполнить всю полость синовіальной оболочки. До сихъ поръ не было найдено никакихъ соотвѣтственныхъ измѣненій въ суставныхъ хрящахъ и связкахъ; по крайней мѣрѣ, при изслѣдованіяхъ невооруженнымъ глазомъ. Сухожильныя жѐ синовіальныя влагалища, находящіяся по близости пораженныхъ суставовъ, напротивъ, принимаютъ участіе въ воспалительномъ процессѣ и представляются сильно гиперемированными [56]).

Нѣтъ нужды указывать вамъ на важное діагностическое значеніе этихъ страданій суставовъ. Съ одной стороны острый или полуострый члено-суставной ревматизмъ часто смѣшивается съ извѣстными формами этихъ страданій, появляющимися при размягченіи мозга; онъ иногда тоже обнаруживается отъ травматическихъ причинъ, производящихъ сотрясеніе нервныхъ центровъ. Съ другой стороны, многія пора-

---

ными, которыя могутъ появляться въ мышцахъ или сочлененіяхъ парализованныхъ конечностей. Такія боли появляются при движеніяхъ или при давленіи на конечности; а если онѣ иногда и появляются самопроизвольно, то всегда при этомъ ожесточаются. Онѣ зависятъ отъ полуостраго воспаленія мышцъ и сочлененій и часто неправильно приписываются ревматическому страданію. Само это полувоспалительное состояніе, появляющееся въ различныхъ парализованныхъ частяхъ, составляетъ послѣдствіе раздраженія, претерпѣваемаго вазомоторными или трофическими центрами въ головномъ мозгу.

Многіе врачи еще раньше Браунъ-Секара и даже Скоттъ Элисона, уже наблюдали появленіе артрита у гемиплегиковъ, но не обращали вниманія на его особенное значеніе. Смотри: R. Dann, The Lancet, t. II, стр. 238, 1844;—Durand-Fardel. Maladies des vieillards, стр. 131. Paris 1854, наблюденія надъ больною Лемуанъ. Valleix. Guide du médecin praticien, t. IV, 1853, стр. 514;—Grisolle. Pathologie interne, 2-e édition, t. II, стр. 258.

[56]) Charcot.— О нѣкоторыхъ страданіяхъ суставовъ, которыя, повидимому, зависятъ отъ пораженій головнаго или спиннаго мозга. (Archiv. de physiologie, t. I, стр. 396.— Pl. VI, fig. 1, 2, 3, 4, 5, 6. Paris 1868).— Это страданіе суставовъ не должно смѣшивать съ тѣмъ, которое, въ послѣднее время, было описано Гитцигомъ въ Берлинѣ (Ueber eine bei schweren Hemiplegien auftretende Gelenkaffection въ Virchow's Archiv. Bd. XLVIII, Hft, 3 и 4. 1869). Это послѣднее появляется преимущественно при долго продолжающейся гемиплегіи, при которой больные уже ходятъ нѣкоторое время; оно въ особенности появляется въ плечѣ и главнымъ образомъ происходитъ отъ смѣщенія суставныхъ поверхностей, вслѣдствіе паралича, окружающихъ сочлененіе мышцъ.

женія спиннаго мозга неправильно приписываются ревматическому діатезу только вслѣдствіе одновременнаго существованія этихъ суставныхъ припадковъ. Страданія суставовъ, зависящія отъ пораженій нервныхъ центровъ, легко отличаются отъ члено-суставнаго ревматизма слѣдующими клиническими признаками:

1) они ограничиваются сочлененіями парализованныхъ конечностей;

2) опредѣленнымъ временемъ своего появленія, въ случаяхъ внезапно наступившей гемиплегіи и

3) одновременнымъ существованіемъ другихъ, сюда относящихся питательныхъ растройствъ, какъ-то: быстраго образованія эшары, а при пораженіи спиннаго мозга — острой мышечной атрофіи въ парализованныхъ конечностяхъ, цистита, нефрита и проч.

Б. Ко второй группѣ относится прогрессивная двигательная атаксія. Позвольте мнѣ особенно обратить ваше вниманіе на этотъ видъ страданія суставовъ, который для меня тѣмъ болѣе интересенъ, что многіе не соглашаются съ тѣмъ значеніемъ, которое я приписываю этому страданію. Но сперва я изложу, въ нѣсколькихъ словахъ, клиническія признаки *страданія суставовъ у атактиковъ* [57]).

Вообще, оно обнаруживается въ опредѣленное время теченія атаксіи и появленіе его, въ большинствѣ случаевъ, совпадаетъ съ наступленіемъ разстройства координаціи движеній. Причемъ, безъ всякой видимой причины, замѣчается общее припуханіе конечности, объемъ которой постепенно увеличивается и часто достигаетъ значительныхъ размѣровъ; чаще всего это происходитъ безъ всякой боли и лихорадочнаго состоянія. Въ концѣ нѣсколькихъ дней общее припуханіе исчезаетъ, но на уровнѣ сочлененія остается болѣе или менѣе значительная припухлость, обусловливающаяся образованіемъ гидартроза, а иногда, кромѣ того и накопленіемъ жидкости въ около суставныхъ серозныхъ сумкахъ. Неоднократные проколы сочленений, въ этихъ случаяхъ, показали присутствіе въ нихъ прозрачной, лимонно-желтаго цвѣта жидкости.

Недѣлю или двѣ спустя послѣ появленія этого припадка, а иногда и гораздо раньше, замѣчается болѣе или менѣе

---

[57]) Charcot.—Sur quelques arthropathies, etc. часть первая. (Archives de physiologie, t. I, 1868).

явственный трескъ, обусловливающійся уже глубокимъ измѣненіемъ въ это время суставныхъ поверхностей [58]). Гидартрозъ скоро разрѣшается, но оставляетъ послѣ себя ненормальную подвижность въ сочлененіи. Вслѣдствіе этого, часто появляются вывихи, происхожденіе которыхъ значительно облегчается потерею костнаго вещества на головкахъ. Я неоднократно наблюдалъ быструю атрофію мышцъ на тѣхъ конечностяхъ, на которыхъ находилось пораженіе сустава. Самыми частыми мѣстами появленія артропатіи атактиковъ служатъ колѣна, локтевыя и плечевыя сочлененія; но она можетъ появляться также и въ бедрѣ. Что же касается патолого-анатомическихъ явленій, то они еще съ точностью не опредѣлены. Однако, значительная потеря вещества, происходящая въ очень короткое время въ суставныхъ концахъ, представляетъ, повидимому, одно изъ постоянныхъ явленій. Представляемая вамъ здѣсь головка плечевой кости, взятая отъ одной женщины, на которой мы наблюдали развитіе артропатіи, оказывается, какъ вы видите, бо́льшею частью разрушенною (фиг. 5). Слѣдуетъ притомъ замѣтить, что на окружности суставной поверхности этого куска, мы

Фиг. 5.

Фиг. 5. Верхній конецъ здоровой плечевой кости и тотъ же конецъ кости, поврежденной при артропатіи у атактиковъ.

---

[58]) Въ нѣкоторыхъ случаяхъ трескъ появлялся раньше общаго припуханія члена; но, въ большинствѣ случаевъ, припуханіе появляется раньше треска.

не видимъ тѣхъ костныхъ возвышеній, которыя всегда существуютъ при обыкновенномъ сухомъ артритѣ [59]).

Я вамъ теперь предлагаю сравнить этотъ препаратъ съ колѣннымъ сочлененіемъ, взятымъ тоже у одной женщины, страдавшей артропатіею атактиковъ, но у которой страданіе этого сустава появилось гораздо раньше.

Вы видите, что здѣсь, кромѣ значительной потери вещества суставныхъ поверхностей, какъ и въ предыдущемъ случаѣ, замѣчается еще присутствіе инородныхъ тѣлъ— костныхъ сталактитовъ, а также всѣхъ другихъ образованій, которыя обыкновенно появляются при arthritis deformans.

Этихъ послѣднихъ измѣненій совершенно не замѣчалось у первой больной. На этомъ основаніи, я думаю, что они не составляютъ существенныхъ явленій, а образуются случайно и по всей вѣроятности, развиваются подъ вліяніемъ болѣе или менѣе сильныхъ движеній, которыя больныя производятъ иногда пораженными конечностями.

Въ настоящее время я ограничусь только указаніемъ этихъ главнѣйшихъ явленій артропатіи атактиковъ, такъ какъ впослѣдствіи мнѣ еще предстоитъ болѣе подробное изложеніе этого предмета. Надѣюсь, что достаточно уже мною изложеннаго для того, чтобы показать, что эти страданія суставовъ являются только выраженіемъ тѣхъ трофическихъ разстройствъ, которыя обусловливаются непосредственно пораженіемъ спиннаго мозга. Вотъ вкратцѣ главнѣйшіе аргументы, на которыхъ я основываю свое заключеніе.

Во-первыхъ, я обращаю вниманіе на отсутствіе травматической причины, а также ревматическаго діатеза и подагры, которыми можно было бы объяснить появленіе болѣзни сустава, въ наблюдаемыхъ мною случаяхъ. Р. Фолькманъ [60]) предполагаетъ, что артропатія атактиковъ появляется просто отъ растяженія, претерпѣваемаго связками и суставными капсулами, вслѣдствіе неправильной походки, свойственной этимъ больнымъ. Но тѣ многочисленные факты, въ которыхъ артропатія занимаетъ верхнія конечности, ясно показываютъ, что предположеніе Фолькмана не выдерживаетъ

---

[59]) Сравни Charcot. —Ataxie locomotrice progressive. Arthropathie de l'épaule gauche. Résultats nécroscopiques въ Archiv. de physiologie. t. II. стр. 121, 1869.

[60]) Canstatt's Jahresbericht. 1868—1869. 2 Bd. стр. 391.

критики. Вліяніемъ одной только механической причины, по крайней мѣрѣ, какъ главнаго агента, не могутъ быть объяснены даже тѣ случаи артропатіи, въ которыхъ она занимаетъ нижнія конечности. И въ самомъ дѣлѣ, основываясь на многочисленныхъ клиническихъ наблюденіяхъ, я доказалъ, что это страданіе сустава вообще появляется въ то время, когда склерозъ заднихъ канатиковъ еще незначительный и когда нѣтъ еще разстройства координаціи движеній или же оно едва замѣчается.

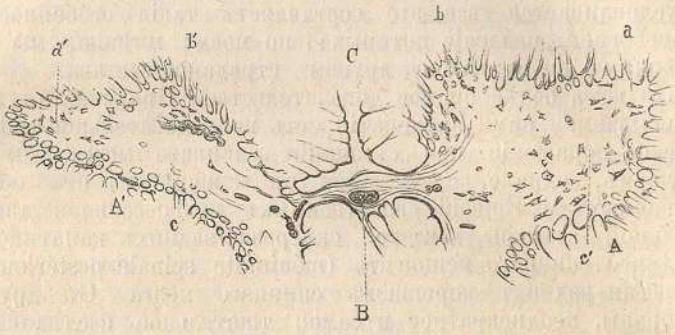
Съ другой стороны, клиническіе признаки нашей артропатіи представляются очень характеристическими: внезапное ея появленіе, обнаруживающееся общимъ припуханіемъ конечности, быстрыя измѣненія, претерпѣваемыя суставными поверхностями, наконецъ, ея развитіе, такъ сказать, въ опредѣленное время спинно-мозговой болѣзни, которою она обусловливается—все это составляетъ такія особенности, совмѣстное появленіе которыхъ, по моему мнѣнію, мы не находимъ ни въ какомъ другомъ страданіи сустава.

Но вотъ болѣе прямое доказательство. Предполагая, что описываемая нами артропатія есть послѣдовательное трофическое пораженіе при страданіи спиннаго мозга, мы не думаемъ, однако, ставить ее въ зависимость отъ обыкновенныхъ измѣненій, свойственныхъ прогрессивной двигательной атаксіи, какъ-то: склероза заднихъ канатиковъ, задняго спиннаго менингита (méningite spinale postérieure), атрофіи заднихъ корешковъ спиннаго мозга. Съ другой стороны, неоднократное и самое тщательное изслѣдованіе периферическихъ нервовъ не открыло въ нихъ никакого пораженія, а потому только въ найденныхъ нами измѣненіяхъ переднихъ роговъ сѣраго вещества спиннаго мозга мы можемъ искать причину этого особеннаго осложненія атаксіи [61]). При двигательной атаксіи не рѣдко можно наблюдать пораженіе сѣраго вещества спиннаго мозга; но всего чаще—пораженіе заднихъ роговъ. Между тѣмъ, въ двухъ случаяхъ двигательной атаксіи, осложненной страданіемъ суставовъ, тщательное микроскопическое изслѣдованіе спиннаго мозга показало совершенно другія измѣне-

[61]) Смотри Charot и Joffroy.—Note sur une lésion de la substance grise de la moelle épinière, observée dans un cas d'arthropathie, liée à l'ataxie locomotrice progressive. Въ Archiv. de physiologie, t. III, стр. 306, 1870.

нія: передніе рога сѣраго вещества были въ обоихъ случаяхъ значительно атрофированы и измѣнены въ формѣ; извѣстное число большихъ нервныхъ клѣтокъ, въ особенности наружной группы, были уменьшены въ объемѣ, а нѣкоторыя изъ нихъ даже исчезли безъ слѣда. Это измѣненіе переднихъ роговъ исключительно только замѣчалось на сторонѣ, соотвѣтствующей пораженному суставу. (Фиг. 6). Въ первомъ случаѣ, въ которомъ артропатія появилась въ плечевомъ сочлененіи, она занимала шейную область; а во второмъ, въ которомъ она поражала колѣно, эти измѣненія были найдены нѣсколько выше поясничной области. Выше и ниже этихъ мѣстъ сѣрое вещество переднихъ роговъ казалось неизмѣненнымъ.

Фиг. 6.



Фиг. 6. А. Передній рогъ правой стороны. А'. Передній рогъ лѣвой стороны. В. Задняя сѣрая шайка (comissure grise postérieure) и центральный каналъ.— С. Передняя срединая борозда; a, a' наружная передняя группа клѣтокъ. b,b' передняя внутренняя группа клѣтокъ. e' Задняя наружная группа клѣтокъ правой стороны. c, Соотвѣтственная группа клѣтокъ на лѣвой сторонѣ, почти исчезнувшая.

Теперь спрашивается: не обусловливается ли это измѣненіе одного изъ переднихъ роговъ сѣраго вещества спиннаго мозга фукціональнымъ бездѣйствіемъ конечности, вслѣдствіе пораженія сустава? Но такое предложеніе не можетъ быть принято на томъ основаніи, что въ обоихъ этихъ случаяхъ, конечности, пораженныя артропатіей, еще сохраняли, въ значительной степени, свои двигательныя отправленія, а съ другой стороны—это пораженіе сѣраго вещества существенно отличалось отъ тѣхъ измѣненій, которыя про-

исходятъ послѣ ампутацій или перерѣзки нервовъ идущихъ къ конечности.

На основаніи всего вышесказаннаго, я прихожу къ тому, по крайней мѣрѣ, очень вѣроятному заключенію, что у обоихъ этихъ больныхъ воспалительный процессъ, первично развившійся въ заднихъ рогахъ, мало по малу распространился на извѣстныя области переднихъ роговъ и такимъ образомъ обусловилъ появленіе артропатіи. Если результаты этихъ двухъ случаевъ будутъ подтверждены новыми наблюденіями, то естественно нужно будетъ допустить, что артриты, обусловливающіеся міэлитомъ и тѣ, которые появляются какъ слѣдствіе размягченія мозга, происходятъ отъ пораженія тѣхъ же самыхъ областей спиннаго мозга. Въ подобныхъ случаяхъ размягченія мозга (головнаго), за исходную точку распространенія воспалительнаго процесса можно считать нисходящій склерозъ одного изъ боковыхъ канатиковъ спиннаго мозга.

Что Патрубанъ [62]) Ремакъ [63]) и недавно еще Розенталь [64]) наблюдали артропатію при прогрессивной мышечной атрофіи, которая, по своимъ клиническимъ признакамъ, очень приближалась къ артропатіи атактиковъ, то въ этомъ нѣтъ ничего удивительнаго, такъ какъ первичное или вторичное ирритативное пораженіе нервныхъ клѣтокъ переднихъ роговъ сѣраго вещества спиннаго мозга могло обусловить появленіе аміотрофіи, которую, въ большинствѣ случаевъ, обыкновенно опредѣляютъ въ клиникахъ подъ именемъ мышечной атрофіи.

На этомъ я сегодня, мм. гг., останавливаюсь, расчитывая въ слѣдующій разъ окончить изложеніе этого предмета.

---

[62]) Patruban.—Zeitschrift für prakt. Heilkunde, 1862, n. 1.

[63]) Remak. — Allgemeine medicinische Centralzeitung. Maerz. 1863, 20 стр.

[64]) Rosenthal. — Lehrbuch der Nervenkrankheiten стр. 571. Wien. 1870.

— Смотри также Benedikt.—Elektrotherapie, t. II., стр. 394.

ЛЕКЦІЯ ЧЕТВЕРТАЯ.

ТРОФИЧЕСКІЯ РАЗСТРОЙСТВА ВСЛѢДСТВІЕ ПОРАЖЕНІЙ СПИННАГО И ГОЛОВНАГО МОЗГА (*Продолженіе и конецъ*). БОЛѢЗНИ ВНУТРЕННИХЪ ОРГАНОВЪ. — ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ.

Содержаніе. — Гипереміи и экхимозы внутреннихъ органовъ вслѣдствіе экспериментальныхъ поврежденій различныхъ частей мозга и внутричерепной геморрагіи. — Опыты Шиффа и Браунъ-Секара; личныя замѣчанія.— Эти измѣненія, повидимому, зависятъ отъ сосудодвигательнаго паралича; они должны составлять особенную категорію.—Мнѣніе Шредера фанъ-деръ-Колька относительно существованія связи между нѣкоторыми измѣненіями въ мозгу и различными формами пневмоніи; легочная туберкулизація. — Геморрагіи надпочечныхъ капсулъ въ міэлитѣ.— Нефритъ и циститъ, слѣдующіе за ирритативными спинномозговыми болѣзнями, имѣющими внезапное появленіе и развивающимися отъ травматической причины или самопроизвольно; быстрое измѣненіе качествъ мочи при этихъ условіяхъ; оно наступаетъ иногда одновременно съ развитіемъ пролежней въ крестцовой области; оно зависитъ отъ разстройствъ мочевыхъ органовъ, которыя, въ свою очередь, развиваютъ ихъ подъ непосредственнымъ вліяніемъ нервной системы.

Теорія происхожденія трофическихъ разстройствъ, вслѣдствіе болѣзненныхъ измѣненій нервной системы. Недостаточность нашихъ свѣденій въ этомъ отношеніи. Параличъ сосудодвигательныхъ нервовъ; послѣдовательная гиперемія; она не производитъ трофическихъ разстройствъ; исключенія изъ этого правила. Раздраженіе вазомоторныхъ нервовъ, происходящая вслѣдствіе этого раздраженія истемія не имѣетъ, по видимому, замѣтнаго вліянія на мѣстное питаніе. Нервы,—дилататоры и секреторные нервы; изслѣдованія Людвига и Кл. Бернара; аналогіи между этими двумя категоріями нервовъ.—Примѣненіе къ теоріи трофическихъ нервовъ.—Теорія Самуэля: изложеніе, критика. Заключеніе.

Мм. Гг.

Реакція при пораженіяхъ нервной системы сказывается не въ однѣхъ периферическихъ частяхъ — на кожѣ, костяхъ и

мышцахъ. Эти пораженія могутъ вызвать страданія въ органахъ полостей; извѣстно, что нѣкоторыя измѣненія или пораженія черепнаго мозга, особенно пораженія, локализированныя въ зрительныхъ буграхъ, въ полосатыхъ узлахъ, особенно на различныхъ частяхъ isthmi,—будутъ-ли эти пораженія вызваны непосредственными поврежденіями при опытахъ, или развовьются они самопроизвольно, сопровождаются иногда появленіемъ нѣкоторыхъ болѣзненныхъ явленій во внутреннихъ органахъ.

Такъ въ нѣкоторыхъ опытахъ Шиффа [1]) и Браунъ-Секара [2]), часто наблюдали вслѣдъ за травматическимъ раздраженіемъ зрительныхъ бугровъ, полосатыхъ тѣлъ, продолговатаго мозга, Вароліева моста и пр. развитіе гипереміи или настоящихъ подтековъ (экхимозъ) въ легкихъ, желудкѣ и почкахъ. Съ другой стороны, какъ я уже показалъ, у человѣка весьма часто встрѣчаются, въ случаяхъ симптоматической апоплексіи при размягченіи мозга, а особечно при кровоизліяніи внутри мозга, появляющемся въ видѣ фокуса, гиперемическія бляшки, даже настоящіе подтеки на плеврахъ, эндокардіи и на слизистой оболочкѣ желудка [3]). Спрашивается, гдѣ причина этихъ странныхъ измѣненій? Шиффъ не колеблясь приписываетъ ихъ весьма простымъ послѣдствіямъ паралича сосудодвигательныхъ нервовъ.

Что касается собственно меня, то я скорѣе думаю, что способъ происхожденія этихъ патологическихъ измѣненій болѣе сложный. Прямое вліяніе невропаралитической гипереміи на развитіе экхимозъ у апоплектиковъ между тѣмъ, кажется, весьма удовлетворительно констатировано слѣдующимъ фактомъ, реферированнымъ мною въ Обществѣ Біологіи въ 1868 г. Одна женщина изъ Сальпетріеръ была поражена апоплексіей съ гемиплегіей лѣвой стороны и умерла нѣсколько дней спустя. Парализованные члены представляли относительное возвышеніе температуры. При вскрытіи, мы нашли въ правомъ полушаріи свѣжій геморрагическій фо-

---

[1]) Schiff.—Gaz. hebdomadaire t. I. стр. 428. Lezioni di Fisiologia sperimentale sul systema nervoso encefalico, стр. 287, 297, 373. Firenze, 1866. Leçons sur la physiologie de la digestion, t. II, стр. 433. Florence. 1867.

[2]) Société de Biologie, 1870.

[3]) Comptes rendus de la societé de Biologie, 19 іюня. Парижъ, 1870.

кусъ, занимавшій полосатое тѣло. Надчерепной апоневрозъ представлялъ съ лѣвой стороны, т. е. со стороны пораженной гемиплегіей, красное венозное окрашиваніе, а мѣстами настоящіе подтеки.

Ненормальное окрашиваніе, а равно и экхимозы рѣзко прекращались у срединной линіи. Правая сторона надчерепнаго апоневроза сохраняла свою обычную блѣдность; тамъ не было и слѣда подтечныхъ пятенъ, подтеки найдены были въ толщи плевръ и на слизистой оболочкѣ желудка. Какъ бы то ни было, нѣкоторые авторы, и между ними Шредеръ-фанъ-деръ-Колькъ, высказались въ томъ смыслѣ, что различныя формы пневмоніи и даже бугорчатое перерожденіе легкихъ, появляющіяся, какъ извѣстно, часто при мозговыхъ болѣзняхъ, находятся въ связи съ страданіями черепнаго мозга или продолговатаго мозга. Однако надо сознаться, что факты, на которыхъ построена эта мнимая зависимость, еще недостаточно доказательны [4]).

Поврежденія спиннаго мозга, а равно и пораженія черепнаго мозга могутъ сопровождаться экхимозами органовъ полостей. Мнѣ достаточно напомнить вамъ развитіе кровоизліяній въ капсулы надпочечныхъ желѣзъ при пораненіи острымъ инструментомъ поясничной части спиннаго мозга

---

[4]) Schroeder van der Kolk. Atrophy of the Brain.—Sydenham society, 1861. Авторъ указываетъ на то обстоятельство, что слѣдуя статистикѣ, помѣщенной въ его сочиненіи, Traité de la moelle epinière, всѣ эпилептикѣ, у которыхъ былъ прикушенъ языкъ, умерли вслѣдствіе легочной чахотки, плевмоніи или маразма. Онъ притавляетъ, что по Дюранъ-Фарделю, больные пораженные размягченіемъ мозга умираютъ почти всѣ отъ легочнаго страданія; по этому поводу онъ цитируетъ статистику Энгеля. (*Prager Vierteljahresschrift. VII. Iahrg. Bd. II*), въ которой выводы говорятъ въ пользу этого же мнѣнія. Онъ напоминаетъ уже давнишніе опыты Шиффа, при которыхъ послѣдній будто-бы видѣлъ развитіе туберкулоза (?) въ верхнихъ доляхъ легкихъ у кролика, вслѣдствіе перерѣзки гангліознаго узла блуждающаго нерва (*Wunderlich Arch. 6 Jahr. 8 Heft.* стр. 769. и слѣд.) и замѣчаетъ, что между наблюденіями, собранными Браунъ- Секаромъ въ его (*Recherches sur la physiologie de la protubérance annulaire. Journal de phys. t. I*), встрѣчается извѣстное число случаевъ, въ которыхъ пневмонія или легочная чахотка была причиной смерти. Крювелье, Андраль, Піорри уже выставили на видъ преобладающее значеніе, которое, по ихъ мнѣнію выпадаетъ на долю острой пневмоніи, для исхода жизни, при апоплексіяхъ, вызванныхъ размягченіемъ или отъ кровоизліянія мозга. По наблюденіямъ, собраннымъ мною въ Сальпетріеръ, лобулярныя или долевыя воспаленія легкихъ встрѣчаются менѣе часто при этихъ обстоятельствахъ, чѣмъ полагаютъ упомянутые врачи.

у морской свинки [5]). Я счелъ нужнымъ возобновить въ вашей памяти этотъ опытъ Браунъ-Секара, потому что человѣческая патологія представляетъ намъ подобные же факты. Весьма недавно еще мой другъ, д-ръ Бушаръ, сообщилъ мнѣ объ одномъ случаѣ остраго міэлита, бывшаго подъ наблюденіемъ проф. Бейе, въ его клиническомъ отдѣленіи и быстро окончившійся смертью. При вскрытіи найдены были, кромѣ измѣненій, свойственныхъ частичному міэлиту, свѣжія геморрагическія гнѣзда въ ткани надпочечныхъ капсулъ.

Однако я повторю вамъ еще разъ, что кончественныя и экхимотическія измѣненія должны быть отнесены къ разряду особенныхъ явленій. Зато заболѣванія почекъ и мочеваго пузыря, на которыя я обращаю теперь ваше вниманіе, по совокупности характеристическихъ явленій, должны быть причислены къ собственно трофическимъ разстройствамъ.

Вы знаете, что *циститъ и нефритъ* составляютъ весьма частое осложненіе ирритативныхъ заболѣваній спиннаго мозга, имѣющихъ внезапное начало, каково бы ни было ихъ происхожденіе—травматическое или самопроизвольное.

Уже давно признано, что частымъ послѣдствіемъ переломовъ позвоночника, сопровождаемыхъ поврежденіемъ спиннаго мозга, бываетъ быстрое измѣненіе мочи. Уже Дюпюитренъ говорилъ, какъ вы знаете, что въ этихъ случаяхъ катетры, введенные на продолжительное время для предотвращенія задержанія мочи въ пузырѣ, быстро покрываются известковыми инкрустаціями [6]). Но мы особенно обязаны Броди за первое указаніе на свойства мочи у больныхъ, пораженныхъ травматическою параплегіею [7]). Начиная съ восьмого, третьяго и втораго дня, онъ находилъ, что моча дѣлалась щелочною и издавала при изверженіи ея амміакальный, вонючій запахъ. Вскорѣ затѣмъ она заключаетъ кровавые сгустки, гной и осадки амміакальныхъ фосфатовъ съ магнезіей. Легко собрать у авторовъ огромное число фактовъ, въ которыхъ наступали измѣненія мочи, описанныя Броди, уже съ первыхъ дней послѣ развитія параплегіи, вслѣдствіе перелома

---

[5]) Brown-Séquard.—Influence d'une partie de la moelle épinière sur les capsules surrénales. Въ Comptes rendus de la Societé de Biologie, 1851, t. III, стр. 146.

[6]) Ollivier (d'Angers), loc. cit t. I, стр. 372.

[7]) Brodie. Medic. chir. Trans. loc. cit.

позвоночнаго столба [8]). Вскрытіе указало въ этихъ случаяхъ на болѣе или менѣе выраженныя измѣненія, соотвѣтствующія гнойному нефроциститу.

Однако травматическія поврежденія этого рода мало способствуютъ полному обнаруженію связи, существующей между воспаленіемъ мочевыхъ путей и измѣненіями спиннаго мозга. Всегда возможно сдѣлать предположеніе, что, въ концѣ концовъ, паденіе, сотрясеніе, могли произвести сами почечно-пузырныя поврежденія, если они были достаточно сильными и могли причинить переломъ позвоночнаго столба.

Дѣло представляется въ другомъ видѣ, если въ спинномъ мозгу самопроизвольно развьется страданіе или ему нанесена будетъ рана острымъ орудіемъ. Но въ случаяхъ этого рода, часто можно констатировать, нѣсколько времени послѣ первыхъ паралитическихъ припадковъ, болѣе или менѣе глубокое измѣненіе въ составѣ мочи, сопровождаемое часто весьма жестокими почечно-пузырными разстройствами. Я ограничусь сообщеніемъ слѣдующихъ фактовъ, въ видѣ примѣра:

Въ одномъ случаѣ гемипараплегіи, наступившемъ вслѣдствіе удара ножемъ и упомянутомъ выше, моча сдѣлалась щелочной, начиная съ третьяго дня; спустя короткое время, она сдѣлалась слизистою и гнойною. Смерть наступила на третій день.

При вскрытіи, въ почкахъ, мочеточникахъ и мочевомъ пузырѣ найдены весьма выраженныя воспалительныя разстройства. Въ подобномъ же этому случаѣ [10]), сообщенномъ Браунъ-Секаромъ, со словъ Д-ра Маундера [11]), моча найдена была щелочной спустя короткое время послѣ поврежденія. Факты этого рода весьма интересны, ибо они показываютъ, что одностороннее поврежденіе спиннаго мозга и притомъ весьма ограниченное, оказывается совершенно достаточнымъ для развитія болѣе или менѣе сильнаго и общаго разстройства мочевыхъ путей.

---

[8]) См. Stanley. 1-ый случай. Сильно амміачная моча съ 5-го дня; 2-й случай амміачная моча съ 4-го дня (Lond. Med. Trans. t. XVIII стр. I.) Jeffreys—моча амміачна и кровяниста съ седьмого дня (Ollivier d'Angers loc. cit. t. I, стр. 322).

[9]) Molendrinski, Bruch des 2-ten Lendenwirbels, въ Langenb. Archiv. XI Band 1869 стр. 859.

[10]) Случай В. Мюллера, см. 3-ю, лекцію стр. 90.

[11]) Journal de physiologie, t. VI. 152. 1863.

Точно также при остромъ міэлитѣ, начинающемся внезапно и при гематоміэліи весьма часто наблюдается появленіе амміакальной, слизисто-гнойной или кровянистой мочи, вскорѣ послѣ наступленія паралитическихъ симптомовъ. Такимъ образомъ моча представляла уже значительныя измѣненія, начиная съ пятаго дня въ случаѣ остраго міэлита, который мы цитировали изъ труда д-ра Duckworth [13]); начиная, съ шестаго дня, въ случаѣ Жофруа [14]); она была амміачной на 4-й день, въ случаѣ д-ра Gull [15]); наконецъ кровянистой на третій день и гнойной на девятый, въ случаѣ д-ра Маннкопфа [16]).

Въ одномъ случаѣ гематоміэліи, описанномъ Дюріо [17]), моча была амміачной уже начиная съ 4-го дня и содержала свертки крови; она отличалась тѣмъ же характеромъ на 6-й день и сдѣлалась мало по малу гнойной въ одномъ случаѣ, описанномъ Оливье (изъ Анжера), со словъ Моно [18]); случай этотъ относился къ послѣдовательной гемипараплегіи, вызванной присутствіемъ геморрагическаго фокуса, занимавшаго боковую половину спиннаго мозга. Вы найдете, въ книгѣ Рейе, описаніе часто весьма глубокихъ пораженій почекъ, лоханокъ и пузыря, къ которымъ должно отнести эти измѣненія мочи [19]). Многіе изъ только что приведенныхъ наблюденій содержатъ такія указанія, которыхъ важность вы оцѣните сами. Изъ нихъ видно, что моча, бывшая до того нормальной, сдѣлалась, какъ я упомянулъ, амміачной, кровавой или слизисто-гнойной и притомъ одновре-

---

[13]) 3-я лекція, стр. 92.
[14]) Тамъ же.
[15]) Тамъ же, стр. 91.
[16]) Berliner Klinische Wochenschr. t. I. n° I 1864.
[17]) 3-я лекція стр. 93.
[18]) Ollivier (d'Angers). loc. cit. t. II. стр. 167.
[19]) Rayer—Traité des maladies des reins. t. I. стр. 330 и слѣд. „По моимъ наблюденіямъ", говоритъ Рейе, „когда моча, содержащаяся въ пузырѣ, становится щелочной при болѣзняхъ спиннаго мозга, она становится таковой, не вслѣдствіе разложенія, которое трудно объяснить себѣ безъ соприкосновенія воздуха и притомъ въ *такой короткій промежутокъ времени*, но вслѣдствіе измѣненій самого отдѣлительнаго органа, которыя должны быть отнесены на долю *воспалительнаго раздраженія почекъ*". Касательно описанія измѣненій мочевыхъ путей, вслѣдствіе острыхъ заболѣваній спиннаго мозга, прочти: Engelken, loc. cit. стр. 12. Mannkopf, Bericht ueber die Versammlung zu Hannover, стр. 259 и Berlin. Klin. Wochenschr. t. I. Сравни—Rosenstein, — Nierenkrankheiten, 2-е изд. стр. 287. Berlin. 1870.

менно съ развитіемъ эшаръ въ крестцовой области съ ослабленіемъ электросократительности въ мышцахъ парализованныхъ членовъ [20]). Спрашивается, чѣмъ объяснить это быстрое развитіе воспалительныхъ измѣненій мочевыхъ путей,—вслѣдствіе ли острыхъ пораженій спиннаго мозга,—самопроизвольныхъ или травматическихъ? Ясно, что все это явленіе нельзя объяснить паралитическимъ задержаніемъ мочи или, по крайней мѣрѣ, принять послѣднее за единственную причину, точно также невозможно придавать особенное значеніе мнѣнію тѣхъ [21]), которые приписываютъ это явленіе введенію нечистыхъ катетеровъ или зондовъ, переносящихъ вибріоны. Въ самомъ дѣлѣ, введеніе вибріоновъ въ мочевой пузырь могло бы быть только обстоятельствомъ случайнымъ, между тѣмъ какъ появленіе амміачной, кровавой или гнойной мочи, втеченіи остраго міэлита, составляетъ фактъ постоянный или правильный, точно также какъ и развитіе омертвѣній кожи въ извѣстныхъ отдѣлахъ.

Явная несостоятельность патогеническихъ условій, приведенныхъ нами, дѣлаетъ весьма вѣроятнымъ предположеніе о непосредственномъ вліяніи первной системы на развитіе приведенныхъ нами заболѣваній мочевыхъ путей; причиной послѣднихъ было бы такимъ образомъ, подобно другимъ трофическимъ разстройствамъ, часто обнаруживающимся одновременно съ ними, раздраженіе извѣстныхъ частей спинно-мозговаго центра, безъ сомнѣнія, преимущественно сѣраго вещества.

Теоретическая часть.

Мм. Гг. Въ ряду предшествующихъ изслѣдованій нашихъ, мы не разъ имѣли случай убѣдиться, что развитіе трофическихъ разстройствъ, наступающихъ вслѣдъ за поврежденіями или заболѣваніями нервной системы, не составляетъ, по крайней мѣрѣ вообще, послѣдствій отсутствія дѣйствія различныхъ частей этой системы, въ противуположность весьма распространенному мнѣнію такого рода; напротивъ, эти разстройства развиваются наичаще вслѣдствіе раздра-

[20]) Олливье (d'Angers) уже замѣчалъ, что при травматической параплегіи, въ крестцовой области особенно быстро образуются пролежни, если въ мочѣ наступаютъ раннія измѣненія (Loc. cit. t. II. стр. 37).

[21]) Traube. Munk. Berl. Klin. Wochenschrift, стр. 19, 1864.

женія, которому подвергаются, при извѣстныхъ условіяхъ, какъ периферическіе нервы, такъ и самые нервные центры. Такимъ образомъ, мы выработали себѣ положеніе, которое имѣетъ капитальное значеніе для паталога и вы сами легко замѣтите тѣ практическіе выводы, къ которымъ оно ведетъ. Однако, нужно сознаться при всемъ томъ, что это положеніе чисто эмпирическое и обозначаетъ лишь первый шагъ къ научному разъясненію явленій, констатированныхъ нашими наблюденіями и изслѣдованіями. Понятно, что если мы знаемъ способъ первичнаго измѣненія и его мѣсторасположенія, намъ прежде всего необходимо опредѣлить,—какимъ путемъ онъ отражается въ периферическихъ частяхъ.

Эта реакція происходитъ, безъ всякаго сомнѣнія, при посредствѣ нервовъ; но этотъ фактъ, съ точки зрѣнія теоріи, представляетъ намъ весьма недостаточныя данныя. Намъ необходимо придти къ болѣе точному опредѣленію и отысканію того элемента въ томъ общемъ комплексѣ, который физіологически называютъ нервомъ, помощью котораго происходитъ передача, а также къ рѣшенію вопроса—каковъ механизмъ этой передачи?

Я приступаю къ рѣшенію поднятаго мною вопроса съ почти полнымъ сознаніемъ, что не могу отвѣтить на него неопровержимыми аргументами. Можетъ быть, я лучше сдѣлалъ бы постаравшись обойти этотъ вопросъ молчаніемъ, я тѣмъ избавилъ бы васъ отъ потери драгоцѣннаго вамъ времени, еслибъ я не былъ убѣжденъ въ необходимости и важности раскрытія предъ вами безсилія теоріи, нынѣ царствующей безпрекословно въ наукѣ и имѣющей притязаніе рѣшить эту проблемму. Вамъ не безъизвѣстна та значительная роль, которую въ настоящее время играютъ сосудодвигательные нервы при объясненіи патологическихъ явленій. Я вовсе не отрицаю, что значительное число этихъ явленій зависитъ, въ дѣйствительности, то отъ расширенія, то отъ съуженія маленькихъ сосудовъ, вызванныхъ нервнымъ вліяніемъ. Но что касается трофическихъ разстройствъ, составляющихъ предметъ нашего изслѣдованія, то, я надѣюсь, что намъ не трудно будетъ показать всю недостаточность *сосудодвигательной* теоріи для ихъ объясненія.

Для этой цѣли, мнѣ необходимо будетъ обновить въ вашей памяти нѣкоторые изъ экспериментальныхъ фактовъ, обнаружившихъ отправленіе этихъ центральныхъ нервовъ, коихъ послѣднія развѣтвленія оживляютъ мышечную оболочку мел-

кихъ сосудовъ. Прежде всего, я напомню вамъ явленія, наблюдаемыя въ случаяхъ паралича этихъ нервовъ, напр. вслѣдствіе полной перерѣзки ихъ. Перерѣзка сосудодвигательныхъ нервовъ влечетъ за собою, какъ непосредственное послѣдствіе, паралитическое расширеніе сосудовъ, къ которымъ они направляются. Результатомъ этого будетъ гиперемическое состояніе, названное *невропаралитическимъ*, которое было хорошо изучено, особенно при перерѣзкѣ симпатическаго нерва на шеѣ, но которое встрѣчается также и притомъ при почти тождественныхъ условіяхъ, какъ результатъ большаго числа пораженій нервныхъ центровъ и периферическихъ нервовъ. Съ нашей точки зрѣнія, послѣдствія этой гипереміи заслуживаютъ въ особенности вниманія [22]). Вы знаете, что часть или область, соотвѣтствующая перерѣзанному нерву, представляетъ относительное повышеніе температуры, которое, повидимому, зависитъ единственно отъ большаго прилива крови. Вы знаете, кромѣ того, что во всей гиперемированной области наблюдается усиленіе жизнедѣятельности во всѣхъ элементахъ, во всѣхъ тканяхъ. По крайней мѣрѣ нервы, какъ чувствительные, такъ и двигательные становятся легче воспріимчивыми къ возбужденію [23]), а равно и самыя мышцы; эти послѣднія послѣ смерти сохраняютъ долѣе обыкновеннаго свойственную имъ сократительность [24]). Однако, не смотря на эти новыя условія совершенія мельчайшихъ актовъ питанія, это обстоятельство необходимо поставить на видъ, оно не измѣняется ни въ чемъ существенномъ. Такъ, въ опытахъ Олье [25]), сходныхъ съ опытами Бернара, мы не видимъ у молодыхъ животныхъ, послѣ перерѣзки симпатическаго нерва на шеѣ, ни ускоренія, ни увеличенія объема лицевыхъ частей, хотя бы онѣ и были подвергнуты по цѣлымъ мѣсяцамъ невропаралитической гипереміи. Точно также кажется, что эта гиперемія, несмотря на свою интензивность и продолжительность, никогда не даетъ повода къ развитію, при посредствѣ ея самой, воспалительнаго процесса, за исключеніемъ особенныхъ

---

[22]) Для физіологіи и патологіи сосудодвигательныхъ нервовъ обратиться къ лекціямъ проф. Вульпіана,—Leçons sur l'appareil vaso-moteur, собраннымъ Карвилемъ, Paris. 1875. (Прим. къ 2-му изданію).

[23]) Brown-Séquard, loc. cit. — Joseph въ Centralblatt, n° 46.

[24]) Brown-Séquard, Lectures on Physiology and Pathology. Philadelphia, 1860 стр. 1451.

[25]) Ollier, Journal de la Physiologie, t. 17, стр. 108.

обстоятельствъ, которыя будутъ упомянуты ниже. А если экспериментаторъ вызоветъ, при помощи искусственныхъ соотвѣтственныхъ средствъ, воспалительный процессъ, то послѣдній разрѣшается въ гиперемированныхъ частяхъ такимъ же образомъ, какъ и въ нормальныхъ: онъ не представляетъ при этомъ никакихъ спеціальныхъ особенностей, развѣ только то, что пораженныя части стремятся быстрѣе возстановиться.

Касательно этихъ послѣднихъ пунктовъ, Шиффъ проповѣдуетъ совершенно различныя мнѣнія. Онъ утверждаетъ, что измѣненія питанія рождаются въ гиперемированныхъ частяхъ, вслѣдствіе паралича сосудо-двигательныхъ нервовъ и подъ вліяніемъ самого легкаго, мѣстнаго, механическаго раздраженія [26]) и что такое воспаленіе легко принимаетъ въ этихъ мѣстахъ разрушительный характеръ [27]).

Но здѣсь онъ стоитъ въ формальномъ противорѣчіи съ большинствомъ наблюдателей, между прочимъ съ Снелленомъ, Вирховымъ [28]) и О. Веберомъ [29]).

Еще недавно Синицинъ, послѣ экстирпаціи шейнаго верхняго гангліознаго узла одной стороны, видѣлъ, что тонкая стеклянная нить, введенная въ ткань роговицы той же стороны, производила тамъ лишь незначительную воспалительную реакцію, иногда едва замѣтную; между тѣмъ, тоже раздраженіе на другой сторонѣ, у того же животнаго, вызывало, напротивъ, сильное воспаленіе съ гнойнымъ инфильтратомъ роговицы, иритомъ, панофтальмитомъ и проч. [30]). Клодъ Бернаръ впрочемъ уже давно замѣтилъ, что удаленіе верхняго гангліознаго узла замедляло появленіе разстройствъ питанія, вызываемыхъ иногда перерѣзкой пятой пары [31]): въ своихъ опытахъ Синицынъ пришелъ къ тѣмъ же результатамъ. Изъ этого вы видите, что, въ противуположность мнѣнію Шиффа, невропаралитическая гиперемія не создаетъ въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ она обнаружилась, никакого особеннаго предрасположенія къ развитію трофическихъ разстройствъ; эти части, повидимому, пріобрѣтаютъ напротивъ бо̀льшую

---

[26]) Schiff, Phys. de la digestion стр. 235, t. I. Lezioni di fisiologia, Firenze 1866, стр. 35.

[27]) Schiff, Digestion. t. II, стр. 423.

[28]) Virchow, Cellularpathol. 4-е изд стр. 158.

[29]) O. Weber, Centralblatt. 1864. стр. 148.

[30]) Sinitzin, Centralb. 1871. стр. 161.

[31]) Claude Bernard, Système nerveux, t. II стр. 65, 1865.

способность къ сопротивленію вліяніямъ причинъ, нарушающихъ питаніе; самыя нарушенія его, развившись разъ, скорѣе исчезаютъ въ такихъ мѣстахъ.

У человѣка эти явленія тождественны съ условіями питанія у животныхъ; по крайней мѣрѣ, нѣсколько разъ замѣчена была невропаралитическая гиперемія на различныхъ частяхъ тѣла и между прочимъ на лицѣ, продолжавшаяся долгое время и не вызывавшая при этомъ никакихъ разстройствъ питанія. Перру собралъ извѣстное число фактовъ такого рода въ мемуарѣ, читанномъ въ медицинскомъ обществѣ въ Ліонѣ, въ 1864 г. Достаточно, кромѣ того, просмотрѣть многочисленныя работы послѣднихъ лѣтъ объ *ангіоневрозахъ*, чтобы убѣдиться какъ рѣдко невропаралитическая гиперемія осложнялась разстройствами питанія.

Можно привести еще новый доводъ въ пользу защищаемаго нами положенія: возвышеніе температуры, провѣренное термометромъ, какъ мы видѣли, составляетъ явленіе, неразрывно связанное съ присутствіемъ частныхъ невропаралитическихъ гиперемій. Это мѣстное увеличеніе выработки тепла должно бы по необходимости оказываться въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ развиваются описанныя нами трофическія разстройства, если эти послѣднія зависѣли бы отъ невропаралитической гипереміи. Между тѣмъ этого не бываетъ на самомъ дѣлѣ, по крайней мѣрѣ, вообще. Если замѣтное возвышеніе температуры констатировано было нѣсколько разъ на тѣхъ мѣстахъ тѣла, на которыхъ развивалась лишайная сыпь, herpes zona, какъ послѣдовательное явленіе за невральгіей или невритомъ [32]), то можно сказать смѣло, что ирритативныя поврежденія периферическихъ нервовъ, при тѣхъ условіяхъ, при которыхъ они обыкновенно обусловливаютъ трофическія разстройства, повидимому, сопровождаются скорѣе пониженіемъ тепловыхъ цыфръ. Это пониженіе температуры могло быть наблюдаемо во всѣхъ періодахъ заболѣванія нерва; оно было констатировано въ начальномъ періодѣ [33]), а еще чаще въ

---

[32]) Horner, cité par O. Wyss. (Arch. der Heilkunde, 1871, см. прим. къ стр. 563). Charcot. Nevralgie du nerf cubital. Eruption du zona sur le trajet du nerf affecté; Examen thermométrique dans la thèse de Mougeot Paris. 1867, стр. 101.

[33]) Folet, Cas de contusion du plexus brachial, Obs. par Lannelongue. (Etude sur la température des parties paralysées. Paris. 1867. стр. 7).

болѣе позднихъ періодахъ [34]). Что же касается спинно-мозговыхъ заболѣваній, то несомнѣнно, что члены, въ которыхъ развиваются трофическія разстройства, какъ-то: быстрая мышечная атрофія, пузырчатыя сыпи, эшары, обнаруживаютъ болѣе или менѣе явно выраженное повышеніе температуры [35]). Въ другихъ же случаяхъ, чаще всего, можетъ быть, этого явленія не наблюдаютъ совсѣмъ; это можно сказать о частичномъ міэлитѣ [36]) и о дѣтскомъ параличѣ [37]); тоже можно сказать о случаяхъ, имѣющихъ медленное теченіе, какъ напр. о мышечной прогрессивной атрофіи [38]). Изъ предыдущаго вы видите, что трофическія разстройства, находящіяся въ связи съ ирритативными пораженіями нервныхъ центровъ, въ значительномъ числѣ случаевъ совершенно изъяты отъ повышенія температуры, которое должно бы имѣть мѣсто постоянно, еслибы они зависѣли дѣйствительно отъ гипереміи, слѣдующей за параличомъ сосудодвигательныхъ нервовъ.

Невропаралитическая гиперемія и трофическія разстройства составляютъ такимъ образомъ совершенно независимыя другъ отъ друга явленія при общихъ условіяхъ. Но какъ вы уже могли догадаться изъ предыдущихъ словъ, существуютъ такія условія, при которыхъ, вопреки общему правилу, мѣстное питаніе можетъ пострадать отъ одного того факта, что часть эта изъята изъ вліянія сосудодвигательной иннервацiи; это наступаетъ иногда, какъ доказываютъ опыты, когда цѣлый организмъ подвергается вліянію причинъ въ значительной степени его ослабляющихъ. Такимъ образомъ,

---

[34]) Hutchinson, loc cit.;—Earle, Med. chir. Trans. vol. VII, 1816 стр. 173; Yellowly, id. t. III;—W. B. Woodmann, Sydenham Soc., Translation of Wunderlich: On temperature in Diseases, стр. 152; W. Mitchell, Injuries of Nerves. Philadel. 1872, стр. 175. Въ 2-хъ случаяхъ пораженія нерва съ развитіемъ glossy skin, область, занятая трофич. разстройствомъ, имѣла на 1^0—2^0 высшую температуру, чѣмъ соотвѣтствующая часть на здоровомъ членѣ. Но ниже этого мѣста, термометръ обнаруживаетъ уменьшеніе температуры на 1^0, сравнительно съ температурой здороваго члена. — H. Fischer. Ueber trophische Stoerungen nach Nervenverletzungen an den Extremitaeten, Berl. Wochens. 1871. n° 13. Температура членовъ, на которыхъ развиваются различныя трофич. разстройства, сначала представляетъ повышеніе температуры, сравнительно съ здоровой стороной, а затѣмъ позже она понижена; но это правило представляетъ много исключеній.

[35]) Levier, dans un cas d'hémataturélie, loc. cit.

[36]) Mannkopf, loc. cit.

[37]) Duchenne (de Boulogne), loc. cit. 3-е изд. стр. 398.

[38]) Landois und Mosler, въ Berl. Klinisch. Wochensch. 1860, стр. 45.

сильное животное подвергнуто было долгое время предъ тѣмъ перерѣзкѣ симпатическаго нерва на шеѣ; питаніе его, между прочимъ, не пострадало нисколько въ тѣхъ частяхъ, въ которыхъ распространены периферическія вѣтви перерѣзаннаго нерва. Но если животное подвергается болѣзни или его подвергнуть лишенію пищи, картина тотчасъ же измѣняется. Клодъ Бернаръ говоритъ, что въ этихъ случаяхъ мы увидимъ развитіе воспалительныхъ явленій на сторонѣ, соотвѣтствующей травматическому поврежденію; на этой сторонѣ соединительная оболочка и слизистая оболочка носовыхъ ходовъ (membr. pituitaria) переходятъ въ нагноеніе и безъ вліянія какого либо наружнаго раздраженія [39]). Можно предполагать, что животныя, у которыхъ Шиффъ видѣлъ развитіе трофическихъ разстройствъ, вслѣдъ за наступленіемъ невропаралитической гипереміи, отъ малѣйшаго механическаго раздраженія, находились именно при тѣхъ условіяхъ истощенія, на которыя указываетъ Кл. Бернаръ. У человѣка тоже самое стеченіе обстоятельствъ должно, по необходимости, повести къ тѣмъ же результатамъ, которыя наблюдаются у животныхъ и очень вѣроятно, что нѣкоторыя изъ нашихъ трофическихъ разстройствъ развиваются именно этимъ путемъ. Такими причинами, можетъ быть, обусловливается *острый пролежень*: здѣсь, дѣйствительно, общее состояніе весьма разстроенное, а пролежень занимаетъ ту сторону тѣла, которая, въ силу двигательнаго паралича, представляетъ сравнительное повышеніе температуры, находящееся очевидно въ связи съ сосудодвигательной гипереміей [40]). Какъ бы то ни было, это патогеническое объясненіи можетъ найти лишь весьма ограниченное примѣненіе, ибо острый пролежень, вслѣдствіе заболѣваній нервныхъ центровъ, можетъ развиваться при различныхъ обстоятельствахъ, напр. вслѣдствіе полустороннихъ пораженій спиннаго мозга [41]), въ такихъ частяхъ тѣла, въ которыхъ сосудодвигательная иннервація замѣтно не поражена и которыя находятся совершенно внѣ условій глубокаго угнетенія организма.

Теперь спрашивается: можно-ли объяснить раздраженіемъ сосудодвигательныхъ нервовъ тѣ явленія, которыя нельзя

---

[39]) Claude Bernard, Physiologie d. système nerveux t. II, стр. 535, Paris. 1858.—Med. Times and Gazette, стр. 79. t. II 161.

[40]) 3-я лекція стр. 78.

[41]) 3-я лекція стр. 91.

свести на параличъ этихъ нервовъ? Частичная ишемія, въ болѣе или менѣе выраженной степени, составляетъ наиболѣе выдающійся результатъ этого раздраженія; она можетъ достигать такой высокой степени, что уколъ въ кожу не дастъ ни капли крови [42]). Части, въ которыхъ васкулярный спазмъ уничтожаетъ или стѣсняетъ такимъ образомъ кровообращеніе, блѣднѣютъ и холодѣютъ; жизнедѣятельность ихъ упадаетъ; возбудительность мышцъ, нервовъ, падаетъ ниже нормы [43]). Весьма естественно думать, что продолженіе такого состоянія должно повести къ глубокому разстройству питанія, къ гангренѣ и смерти тканей. Но необходимо замѣтить, что здѣсь дѣло идетъ только обыкновенно о временномъ явленіи, продолжающемся наиболѣе нѣсколько часовъ, ибо самымъ фактомъ продолженія раздраженія, дѣятельность нерва истощается вообще и вскорѣ гиперемія смѣняетъ анемію [44]). Тѣмъ не менѣе воспроизводя чрезъ короткіе промежутки времени раздраженіе сосудодвигательныхъ нервовъ, можно достигнуть преобладанія ишемическаго состоянія, втеченіи извѣстнаго времени. Однако я не думаю, что-бы этимъ путемъ когда либо достигнуто было экспериментально какое-либо трофическое разстройство. О. Веберъ, достигшій, при помощи остроумнаго прибора, раздраженія шейной части симпатическаго нерва втеченіи недѣли, раздраженія, такъ сказать, постояннаго и выразившагося пониженіемъ температуры на 2° Ц., не видѣлъ однако на соотвѣтствующей сторонѣ лица никакихъ трофическихъ разстройствъ [45]). Факты, относящіеся къ патологіи человѣка, говорятъ въ томъ же смыслѣ; такимъ образомъ вовсе не рѣдкость встрѣтить въ извѣстныхъ случаяхъ *ангіоневрозовъ*, напр. у истерическихъ, весьма упорную частичную *ишемію;* тѣмъ не менѣе въ подобныхъ случаяхъ никогда не развиваются трофическія разстройства [46]). Что касается извѣстныхъ фактовъ самопроизвольной гангрены, развитіе которой ставили въ зависимость отъ васкулярнаго спазма, то они не имѣютъ, если судить по моимъ наблюденіямъ, того зна-

---

[42]) Brown-Séquard,—Course of Lectures, etc. стр. 147. Philadelphia
[43]) Brown-Séquard, loc cit. стр. 142.
[44]) Waller, Proc. Royal. Soc. London, vol. II. 1879—72 стр. 99 и слѣд.
[45]) O. Weber, Centralblatt, № 10. 1864 стр. 147.
[46]) Liegeois, Soc. de Biolog. 1859. стр. 274. Charcot въ Mouvement médical №№ 25, 26, série № 1. nouv. sér. 1872.

ченія, которое имъ приписываютъ, ибо во всѣхъ видѣнныхъ мною случаяхъ этого рода, я находилъ съуженіе просвѣта сосудовъ, то вслѣдствіе измѣненій въ артеріальныхъ стѣнкахъ, то вслѣдствіе тромба [47]).

Изъ всего сказаннаго, вы могли убѣдиться, что трофическія разстройства, развивающіяся вслѣдствіе заболѣваній или поврежденій нервныхъ центровъ, нельзя приписать ни паралитическому, ни ирритативному пораженію *собственно* сосудодвигательныхъ нервовъ. Физіологическими опытами послѣднихъ лѣтъ доказано существованіе центробѣжныхъ нервныхъ нитей, коихъ раздраженіе влечетъ за собой расширеніе сосудовъ, а слѣдовательно и гиперемію той области, въ которой онѣ распредѣляются. Въ то время, какъ раздраженіе сосудодвигательныхъ нервовъ производитъ безкровіе (исшемію), раздраженіе дилатаціонныхъ (расширяющихъ) нервовъ ведетъ, напротивъ, къ болѣе или менѣе сильной гипереміи.

Chorda tympani можетъ быть разсматриваема при настоящемъ состояніи науки, какъ прототипъ нервовъ—дилататоровъ. Нервы, одаренные такими свойствами, существуютъ на лицѣ [48]), на дѣтородномъ членѣ [49]), на животѣ [50]). По всей вѣроятности они существуютъ и въ другихъ частяхъ тѣла. На счетъ способа дѣйствія этихъ нервовъ существуетъ еще много разногласій. По мнѣнію Кл. Бернара замѣчательный приливъ артеріальной крови, наблюдаемый въ подчелюстной желѣзѣ, подъ вліяніемъ раздраженія chordae tympani, можно объяснить себѣ слѣдующей гипотезой. По мнѣнію знаменитаго физіолога, раздраженіе этого нерва передается къ маленькимъ гангліознымъ узламъ, распредѣленнымъ въ большомъ количествѣ на нервныхъ внутрижелѣзистыхъ окончаніяхъ. Эти послѣднія, въ свою очередь, дѣйствуютъ извѣстнаго рода *нервной интерференціей* [51]) на нервныя нити шейнаго симпатическаго нерва, нерва—съужи-

---

[47]) см. Thèse de Benni,— Recherch. s. quelques points de la gangrène spontanée. Paris 1867. Obs. V, XI, XVII.

[48]) Claude Bernard. Rev. scientif. t. II, 2 série, 1872. Schiff, Digestion. t. I стр. 252.

[49]) A. Bernard, loc. cit.

[50]) A. Bernard, loc. cit. стр. 1203.

[51]) Ludwig, Mittheil. der Zuerich. Naturforsch. 1851. Zeits. f. rat. Med. Bd. I. стр. 25—5.—Wien. Med. Wochenschr. 1860. № 28. стр. 483. См. также работы Людвига, при содѣйствіи Бехера, Рана и Джіануцци.

вающаго просвѣтъ сосудовъ, коего дѣйствіе они парализуютъ. Такимъ образомъ, chorda tympani, въ отношеніи нервовъ сосудодвигательныхъ, играла бы роль задерживательнаго нерва. Тоже самое мы должны, безъ сомнѣнія, сказать о всѣхъ другихъ дилататорахъ. Слѣдовательно, какъ вы видите, результатъ дѣйствія дилататаровъ равносиленъ, по этой теоріи, въ концѣ концовъ, параличу сосудодвигательныхъ нервовъ. Такимъ образомъ, если считать доказаннымъ, что сосудодвигательный параличь, даже и тогда, когда онъ достигаетъ высокой степени, какъ это имѣетъ мѣсто въ случаяхъ перерѣзки сосудодвигательныхъ нервовъ, не можетъ вызывать трофическихъ разстройствъ, то и этотъ параличь, вызванный вліяніемъ раздраженія дилататорныхъ нервовъ, не можетъ вызвать упомянутыхъ разстройствъ. Но, какъ вы это увидите впослѣдствіи, способъ дѣйствія дилататорныхъ нервовъ можетъ быть разсматриваемъ съ совершенно различной точки зрѣнія.

Я напомню вамъ капитальные опыты Людвига относительно вліянія нѣкоторыхъ нервовъ на отдѣленіе подчелюстной желѣзы [52]). Не смотря на возраженія, вызванныя заключеніями, выведенными этимъ знаменитымъ физіологомъ изъ своихъ опытовъ, ихъ все-таки нельзя считать опровергнутыми. Я считаю необходимымъ подробнѣе разсмотрѣть эти заключенія, такъ какъ это необходимо для той цѣли, которую мы имѣемъ въ виду.

Когда мы раздражаемъ периферическій нервъ, направляющійся въ подчелюстную желѣзу,—нервъ, исходящій, какъ намъ это извѣстно въ настоящее время, изъ chorda tympani, мы наблюдаемъ слѣдующія явленія: отдѣленіе слюны дѣлается весьма обильнымъ; количество ея можетъ быть столь значительнымъ, что въ самый короткій промежутокъ времени ея можетъ отдѣлиться столько, что объемъ выдѣленной слюны значительно превзойдетъ объемъ самой желѣзы. Этотъ первый фактъ указываетъ на то, что мы не имѣемъ здѣсь дѣла просто съ выдѣлительнымъ явленіемъ, съ удаленіемъ уже отдѣлившейся предварительно слюны.

По мнѣніямъ Штиллинга и Генле, господствовавшимъ въ то время, когда Людвигъ обнародовалъ свои первыя наблюденія, можно было пытаться объяснить все это явле-

[52]) Ludwig, Milth. d. Zuerich. Naturfors. 1851. Zeit. f. rat. Med. B. I. стр. 255. Wien Medic. Wochenschr. 1860. № 28. стр. 483. А также работы Людвига, сдѣланныя при содѣйствіи Бехера, Рона, Джіаннуци.

ніе, допустивъ, что нервъ желѣзы при этомъ дѣйствуетъ на вены желѣзы и приводитъ ихъ къ сокращенію. Увеличеніе боковаго давленія крови, слѣдующее за сокращеніемъ венъ, служило бы въ этой гипотезѣ причиной увеличенія слюннаго выдѣленія. Но Людвигъ доказалъ, что лигатура венъ, безъ одновременнаго раздраженія нерва желѣзы, не увеличиваетъ отдѣленія слюны. Эта вторая гипотеза можетъ быть также оставлена.

Но, можетъ быть, раздраженіе нерва желѣзы, которое, какъ вы знаете, при этихъ условіяхъ имѣетъ способность производить расширеніе просвѣта артерій, служитъ причиной увеличеннаго отдѣленія слюны, въ силу обусловленнаго имъ этимъ путемъ временнаго усиленія притока артеріальной крови. Этотъ доводъ уничтожается результатомъ одного изъ опытовъ Людвига, изъ котораго видно, что, во время раздраженія нерва, манометрическое давленіе въ Вартоновомъ каналѣ сильнѣе давленія крови въ артеріальныхъ трубкахъ. Да притомъ же усиленное отдѣленіе желѣзы, вслѣдствіе раздраженія chordae tympani, обнаруживается еще послѣ перевязки артерій, направляющихся въ желѣзу на животномъ или даже на отсѣченной отъ туловища головѣ. Прибавимъ ко всему сказанному еще тотъ замѣчательный фактъ, что слюна и венозная кровь, по выходѣ изъ подчелюстной желѣзы, представляютъ при раздраженіи нерва болѣе высокую температуру, чѣмъ входящая въ желѣзу артеріальная кровь [53]). Фактъ этотъ доказанъ Людвигомъ и Шписомъ [54]).

Судя по сущности результатовъ, можно утверждать, что вліяніе нервной системы на отдѣленіе слюны нельзя объяснить такими простыми явленіями, какъ расширеніе или съуженіе сосудовъ; поэтому мы должны допустить, что нервъ подчелюстной желѣзы одаренъ двойными свойствами, ибо, помимо своего вліянія на расширеніе сосудовъ, онъ оказываетъ прямое вліяніе на тѣ части желѣзы, которыя совершаютъ секреторную свою дѣятельность, или другими словами, на нервныя клѣточки. Это вліяніе нерва на отдѣленіе, мнѣ кажется, составляетъ основной фактъ, ибо оно обнаруживается, вслѣдствіе сосудистаго раздраженія совпадаю-

---

[53]) Срав. одну лекцію Вульпіана въ Revue des cours scientifiques, 3-й годъ 1865—1866. стр. 741.

[54]) Ludwig und Spiess. Sitzungsber. d. W. Ak. 1857.

щаго даже и тогда, когда эффекты совпадающаго сосудистаго расширенія уничтожены. Но такъ какъ, съ другой стороны, повидимому, невозможно удалить отдѣльно, экспериментальнымъ путемъ, секреторное дѣйствіе [55]), такъ чтобы сохранилось одно только расширяющее дѣйствіе, то можно допустить, что это послѣднее зависитъ отъ перваго въ видѣ болѣе или менѣе непосредственнаго слѣдствія.

Необходимо было поэтому изслѣдовать ту связь, которая соединяла съ возбужденіемъ секреторныхъ элементовъ, вызваннымъ дѣйствіемъ нерва, гиперемію, слѣдующую за этимъ возбужденіемъ. Нѣкоторые физіологи думали, что мы имѣемъ здѣсь дѣло *съ притяженіемъ*, оказываемымъ секреторными элементами желѣзы на кровь, «такимъ образомъ, что къ силѣ, которую мы до сихъ поръ знали подъ именемъ *vis a tergo*, слѣдуетъ присоединить еще другую силу, находящуюся въ связи съ мельчайшимъ питаніемъ элементовъ, силу, которую многіе авторы назвали—силой спереди, *vis a fronte* [56])». Спрашивается, не есть ли это только чисто теоретическое представленіе, которое должно только замаскировать наше невѣжество? Нисколько, ибо изслѣдованія г.г. Вебера, Шулера, Листера и проч. [57]) содержатъ въ себѣ множество экспериментальныхъ фактовъ, обнаруживающихъ *притяженіе*, оказываемое тканями при извѣстныхъ условіяхъ на циркулирующую кровь. Я приведу вамъ для примѣра два факта этого рода, въ которыхъ это явленіе могло быть наблюдаемо, внѣ всякаго вмѣшательства нервной системы. Я заимствую ихъ изъ лекціи Вульпіана—о теоріи отдѣленій — читанной имъ въ Музеѣ [58]).

Если перерѣзать всѣ нервы члена на лягушкѣ и если затѣмъ вызвать раздраженіе налитіемъ одной капли азотной

---

[55]) Новыми опытами Гейденгайну удалось, однако, доказать, что въ chorda tympani различныя нервныя волокна вліяютъ, какъ на отдѣленіе, такъ и на кровообращеніе подчелюстной желѣзы. Онъ увѣряетъ, что видѣлъ у собакъ, отравленныхъ кураре, которымъ впрыснутъ былъ атропинъ въ яремную вену, въ количествѣ, достаточномъ для парализованія вѣтви блуждающаго нерва, именно rami cardiaci его, что возбужденіе chorda tympani не вызывало болѣе ни малѣйшаго отдѣленія. При этомъ появлялось однако ускореніе движенія крови въ венахъ, которое мало отличалось отъ наблюдаемаго ускоренія, вслѣдствіе раздраженія chordae tympani предъ отравленіемъ. (Arch. d. phys., 4 Juillet 1872).

[56]) Vulpian. Rev. des cours. scientifiques, t. III, стр. 744.

[57]) См. O. Weber. Handbuch der Chirurgie t. 1. стр. 111.

[58]) Vulpian, l. c, стр. 743.

кислоты на плавательную, межпальцевую перепонку, то въ этомъ мѣстѣ чрезъ извѣстное время разовьется болѣе или менѣе сильный приливъ крови.

Второй фактъ еще доказательнѣе: яйцо, на четвертый день инкубаціи, представляетъ отчетливую васкуляризацію membranae umbilicalis. Въ это время не можетъ быть и рѣчи о какомъ-либо дѣйствіи нервной системы. Если налить каплю никотина на какомъ либо мѣстѣ васкуляризированнаго кружка (area vascularis), то кругомъ этого мѣста развивается такая обильная васкуляризація или образованіе мельчайшихъ сосудовъ, что почти вся кровь приливаетъ къ нимъ. Въ самомъ дѣлѣ, эта гиперемія, этотъ застой крови, вслѣдствіе раздраженія, представляется намъ при первомъ взглядѣ какимъ то чисто метафизическимъ произведеніемъ. Но уже давно искали и старались объяснить это явленіе съ чисто физико-химической стороны. Такъ, уже въ 1844 году, Дрэперъ [59]) напоминалъ, что если волосная трубка содержитъ двѣ жидкости различнаго свойства и если одна изъ жидкостей представляетъ больше химическаго сродства къ стѣнкѣ трубки, чѣмъ другая жидкость, то наступаетъ движеніе, которое происходитъ такимъ образомъ, что жидкость съ большимъ химическимъ сродствомъ прогоняетъ впередъ вторую. Такъ какъ артеріальная кровь имѣетъ болѣе сродства къ тканямъ, чѣмъ венозная, насыщенная продуктами разложенія, то поэтому послѣдняя будетъ отталкиваема. По этой гипотезѣ, для увеличенія силы движенія достаточно будетъ усиленія химическихъ процессовъ питанія; способствовать же этой цѣли лучше всего можетъ дѣйствіе нервовъ. Явленія застоя могли бы быть объяснены аналогическимъ путемъ, принявъ въ соображеніе законы осмоза (застой крови вслѣдствіе диффузіи) [60]).

Каково бы ни было истолкованіе описаннаго нами явленія, притяженіе къ крови, оказываемое тканями, подъ вліяніемъ извѣстныхъ агентовъ и внѣ дѣйствія нервной системы составляетъ несомнѣнный фактъ, констатированный экспериментальнымъ путемъ. Для примѣненія этого факта къ разъясненію явленій, замѣчаемыхъ въ подчелюстной желѣзѣ,

---

[59]) Draper, A. Treatise of the Forces which produce etc. New-York 1844. Savory, Britisch and foreign Review, t. XVI. 1855. стр. 19

[60]) O. Weber, loc. cit.

необходимо допустить, что нервъ желѣзы, подвергшись возбужденію или раздраженію, вызываетъ въ отдѣлительныхъ ячейкахъ желѣзы измѣненіе питанія, а результатомъ этого измѣненія будетъ расширеніе просвѣта сосудовъ.

Впрочемъ новѣйшая анатомія, повидимому, способствуетъ ближайшему разъясненію нашего вопроса указаніемъ, что окончанія нервовъ желѣзъ проникаютъ до отдѣлительныхъ ячеекъ [61]). Гейденгайнъ пытался даже доказать, что желѣза, коей нервы подверглись нѣсколько болѣе продолжительному раздраженію, представляется въ нѣкоторыхъ отношеніяхъ съ различнымъ гистологическимъ строеніемъ, сравнительно съ состояніемъ желѣзы въ періодѣ покоя. Старыя ячейки, называемыя слизистыми, замѣняются, по видимому, послѣ раздраженія молодыми ячейками, болѣе свѣжей формаціи [62]). Если воззрѣнія Гейденгайна будутъ подтверждены другими изслѣдователями, мы должны будемъ приписать нерву, такъ сказать, прямое вліяніе на развитіе желѣзистыхъ ячеекъ [63]).

Только что формулированная гипотеза о секреторныхъ нервахъ можетъ быть обобщена и отнесена, равнымъ образомъ, по всей вѣроятности, къ другимъ нервамъ, въ которыхъ физіологическая экспериментація открыла способность вызывать расширеніе просвѣта сосудовъ подъ вліяніемъ возбужденій. Эти нервы должны первоначально дѣйствовать на элементы, расположенные между сосудами (интраваскулярные), способствуя тамъ движенію разложенія и асимиляціи въ процессахъ питанія. Васкулярная же дилатація наступаетъ въ видѣ послѣдовательнаго явленія. Въ подтвержденіе этого взгляда можемъ привесть результаты, добытые въ новѣйшее время анатоміей. Извѣстно, что нѣкоторые изъ изслѣдователей успѣли прослѣдить, по крайней мѣрѣ, у

---

[61]) E. F. W. Pflueger. Das Nervengewebe der Speicheldruese im S. Stricker's Handbuche. T. I. стр. 313.

[62]) Heidenhain. Studien d. Physiologisch. Instituts in Breslau, 1868 и Stricker's Handbuch, loc. cit. стр. 330.

[63]) Слѣдуя Ранье (Переводъ Фрея, стр. 337) и Эвальду (Jahresber. t I. 1870—71, стр. 55) результаты Гейденгайна должны быть истолкованы слѣдующимъ образомъ: подъ вліяніемъ раздраженія нервовъ желѣзъ, такъ называемыя слизистыя ячейки теряютъ по просту свое мукозное содержимое и принимаютъ видъ парietальныхъ желѣзистыхъ ячеекъ. По этому здѣсь не имѣетъ мѣста образованіе новыхъ ячеекъ, какъ полагаетъ Гейденгайнъ.

лягушки тончайшія нервныя окончанія до зернышекъ тѣлецъ роговой оболочки и соединительныхъ ячеекъ мерцательной оболочки [64]).

Браунъ-Секаръ уже давно предложилъ это толкованіе [65]). Шиффъ, повидимому, примкнулъ къ нему, такъ какъ онъ признаетъ, что: „въ активномъ расширеніи просвѣта сосудовъ собственная оболочка ихъ (tunica propria) не участвуетъ, а оно есть дѣло интраваскулярныхъ тканей“ [66]).

Экскурсія, которую мы сдѣлали въ область физіологіи, имѣла цѣлью отысканіе фактовъ, которыми мы теперь можемъ воспользоваться. Намъ необходимо будетъ остановиться одну минуту на той теоріи, которая получила названіе теоріи *трофическихъ нервовъ*. Вы знаете, что этой теоріей неоднократно пытались воспользоваться, за недостаткомъ другихъ удовлетворительныхъ гипотезъ, для объясненія развитія разстройствъ питанія, вслѣдствіе вліянія нервной системы. По этой-то теоріи, по крайней мѣрѣ въ томъ видѣ, какъ формулировалъ ее Самуэль, гипотетическіе нервы должны соотвѣтствовать по своему устройству секреторнымъ нервамъ и именно въ томъ смыслѣ, что, подобно послѣднимъ, они, при нормальныхъ условіяхъ, вліяютъ непосредственно на питаніе тканей, къ которымъ, какъ предполагаютъ направляются, ихъ тончайшія окончанія. Ихъ физіологическая роль должна заключаться не въ непосредственномъ дѣйствіи, но въ способствованіи, въ глубинѣ тканей, тѣмъ превращеніямъ веществъ, которыя составляютъ элементарныя уподобленіе и разложеніе, подобно тому, какъ роль секреторныхъ нервовъ заключается въ дѣятельномъ обнаруженіи тѣхъ свойствъ, присущихъ желѣзистымъ ячейкамъ, которыя находятся въ самой тѣсной связи съ явленіями мельчайшаго питанія. Эта гипотеза нисколько, какъ вы видите, не отрицаетъ самостоятельности анатомическихъ элементовъ въ совершеніи актовъ питанія; намъ предлагали только придать трофическимъ нервамъ, въ ихъ сложности, значеніе аппарата совершенствованія, свойственнаго высшимъ организмамъ.

---

[64]) См. Кюне въ Gaz. hebdom. t. X. № 15. 1862. Lipmann, Endigung d. Nerven im eigentlichen Gewebe und hinterem Epithel der Hornhaut d. Frosches, въ Virchow's Arch. Bd. 28, стр. 118. 1869. Eberth, въ Arch. für Micros. Anat. Bd. III.

[65]) Brown-Séquard,—Researches on Epilepsy, стр. 70.—Central Nervous System. стр. 148, 172, 174.

[66]) Schiff,—Leçons sur la digestion, t. I, стр. 256.

Все это касалось физіологической стороны вопроса. Что же касается примѣненій теоріи къ объясненію патологическихъ явленій, то, само собой понятно, что повсемѣстнымъ результатомъ болѣзнетворнаго раздраженія нервовъ, одаренныхъ такими свойствами, было бы развитіе разстройствъ питанія частей, подчиненныхъ нервной системѣ, а равно и послѣдовательное образованіе воспалительныхъ процессовъ въ данномъ случаѣ. Устраненіе же дѣйствія этихъ нервовъ могло бы, напротивъ, имѣть результатомъ одно уменьшеніе интензивности движенія процесса питанія. Какъ примѣръ трофическихъ разстройствъ, развивающихся упомянутымъ путемъ приводятъ *ограниченную атрофію.*

Въ предыдущихъ строкахъ мы привели только общія черты теоріи; что же касается ея подробностей, то можно было легко предвидѣть, что гипотеза, пріуроченная, въ виду необходимости, къ разъясненію явленій мало извѣстныхъ и къ тому же мало изслѣдованныхъ въ то время, когда она была создана, не могла отличаться долговѣчностью.

Такъ и случилось. Въ настоящее время никто не согласится, напримѣръ, съ тѣмъ, что трофическіе нервы имѣютъ центральнымъ началомъ своимъ задніе спинномозговые гангліозные узлы или соотвѣтствующіе узлы черепныхъ нервовъ; ибо не мало случаевъ, какъ вамъ извѣстно, въ которыхъ заболѣваніе центральныхъ частей спиннаго мозга вызываетъ трофическія разстройства въ периферическихъ частяхъ. Въ будущемъ нельзя будетъ пренебрегать и тѣми фактами, неизвѣстными еще въ періодѣ появленія въ свѣтъ книги Самуэля, но несомнѣнно доказывающими вліяніе болѣзненныхъ пораженій переднихъ нервныхъ клѣточекъ на развитіе различнаго рода заболѣваній мышцъ. Я никогда не раздѣлялъ того презрѣнія, съ которымъ встрѣчена была повсемѣстно теорія, изложенная мною въ краткихъ чертахъ. Мнѣ всегда казалось, что она, несмотря на свои несовершенства, была вполнѣ достойна вниманія врачей, потому что она лучше всѣхъ, до сихъ поръ измышленныхъ теорій, объясняла, какъ я полагаю, явленія, встрѣчающіяся у постели больнаго. Я вовсе впрочемъ не намѣренъ уменьшать значенія выставленныхъ противъ этой теоріи возраженій.

Во первыхъ, существованіе трофическихъ нервовъ вовсе недоказано анатомически; къ тому же нужно прибавить,

что всѣ опыты, сдѣланнные Самуэлемъ, для доказательства существованія этихъ нервовъ, нельзя признать удачными. Одни изъ нихъ, провѣренные другими изслѣдователями, не дали до сихъ поръ описанныхъ результатовъ; другіе же были оставлены совсѣмъ, какъ построенные на многочисленныхъ ошибочныхъ данныхъ [66]). Всѣ другія возраженія, противупоставленныя этой теоріи не имѣютъ того значенія, какъ предыдущія. Если мы станемъ отвергать гипотезу трофическихъ нервовъ на томъ основаніи, что она безполезна въ физіологіи, я замѣчу что цѣлесообразность секреторныхъ нервовъ была признана позже ихъ открытія. Если новые опыты укажутъ въ будущемъ физіологическое значеніе трофическихъ нервовъ, то мы по необходимости признаемъ и пользу существованія трофическихъ нервовъ. Трудно допустить, съ другой стороны, чтобы задача секреторныхъ нервовъ была совершенно специфической и стояла совершенно особнякомъ въ организмѣ. Съ этими нервами можно бы сравнивать нервы—дилататоры; если подтвердится, что они дѣйствуютъ по вышеупомянутому механизму, съ ними слѣдовало бы сопоставить еще нервы всасыванія, слѣдуя новѣйшимъ наблюденіямъ Гольтца, которые, по мнѣнію его, дѣйствуютъ на эндотеліальныя ячейки кровоносныхъ сосудовъ точно такимъ же образомъ, какъ секреторные нервы на эпителій желѣзъ. Въ концѣ концовъ, мы не видимъ, никакихъ причинъ которыя бы позволяли намъ абсолютно отвергать a priori возможность для трофическихъ нервовъ попасть, когда нибудь въ категорію этой группы [67]). Какъ бы то ни было, прежде чѣмъ гнаться за теоріей, которой принятіе влечетъ за собой узаконеніе цѣлой системы нервовъ, коихъ существованіе составляетъ еще проблемму, необходимо всѣми средствами убѣдиться, что дѣйствительно невозможно объяснить данныя явленія одними свойствами извѣстныхъ намъ уже нервовъ, такъ какъ слѣдуетъ всегда избѣгать нарушенія аксіомы логики: Haud multiplicanda entia absque necessitate. Какъ вамъ извѣстно, сосудодвигательная теорія отвергнута, но въ этомъ направленіи намъ еще остается сдѣлать многое.

---

[66]) См. Tobias (Virchow's Archiv. Bd. XXIV, стр. 579) и O. Weber, въ CentralBlatt, 1864 стр. 145.

[67]) Goltz въ Pflueger's Arch. t I. V. стр. 53 и въ Journal of Anatomy and Physiologie, 2-я серія, за май, 1872. стр. 480.

Существуетъ, между прочимъ, способъ воззрѣнія, на который, сколько мнѣ извѣстно, никто не обращалъ до сихъ поръ вниманія, хотя онъ, можетъ быть и заслуживалъ принятія въ соображеніе. Многочисленные и безспорные опыты, сдѣланные въ новѣйшее время о сращеніи между собой концовъ нервовъ съ разнородными отправленіями, какъ напр. язычный и подъязычной нервы [68])(n. lingualis, n. hypoglossus), безспорно доказали, что возбужденіе, вызванное въ какой либо точкѣ чувствительнаго или двигательнаго нервнаго волокна тотчасъ и одновременно распространяется въ центростремительномъ или центробѣжномъ направленіяхъ. Вслѣдствіе этого можно предполагать, что патологическія раздраженія, вызванныя въ чувствительномъ нервѣ, у его центральнаго начала, или на какомъ либо мѣстѣ по пути его прохожденія, распространяясь въ центробѣжномъ направленіи до его конечныхъ периферическихъ развѣтвленій, т. е. до сосочковъ кожи или до слоевъ слизистой оболочки [69]), могутъ въ извѣстныхъ случаяхъ вызывать здѣсь воспалительный процессъ. Такимъ образомъ, можно будетъ объяснить себѣ частое развитіе пузырчатыхъ или пемфигоидныхъ сыпей, лишайной сыпи, вслѣдствіе болѣзненныхъ процессовъ развивающихся въ заднихъ пучкахъ спиннаго мозга или въ чувствительныхъ спинномозговыхъ корешкахъ. Что касается двигательныхъ нервовъ, я не вижу никакого серіознаго возраженія противъ принятія того воззрѣнія, что патологическія раздраженія, наступающія въ нервныхъ клѣткахъ переднихъ роговъ, передаются иногда до мышечныхъ пучковъ, путемъ нервныхъ волоконъ, служащихъ въ физіогическомъ состояніи для возбужденій воли.

По крайней мѣрѣ, извѣстное число трофическихъ разстройствъ, слѣдующихъ за болѣзненными процессами нерв,ной системы, найдутъ можетъ быть, въ этой гипотезѣ себѣ объясненіе, такъ что не послѣдуетъ надобности прибѣгать къ теоріи трофическихъ нервовъ.

Мы достигли, Мм. Гг., конца этого патогеническаго разсужденія и какъ я указалъ вамъ уже вначалѣ, спорный вопросъ

---

[68]) Vulpian,—Physiologie du système nerveux. стр. 290.

[69]) Langerhans, Virchow's Arch. Bd. 44 и Biesiadecki, Stricker's Handbuch. стр. 595.

ждетъ еще разрѣшенія. Я не пожалѣю времени, потраченнаго на изученіе подробностей этого вопроса, если мнѣ удалось представить всѣ данныя о немъ, внушить вамъ желаніе глубже проникнуть въ ученіе, имѣющее громадное значеніе для всей паталогіи нервной системы.

ВТОРАЯ ЧАСТЬ

Дрожательный параличъ (Paralysis agitans) и склерозъ въ разсѣянныхъ бляшкахъ (Sclérose en plaques disséminées).

ЛЕКЦІЯ ПЯТАЯ.

ДРОЖАТЕЛЬНЫЙ ПАРАЛИЧЬ.

(Paralysis agitans).

Содержаніе. О дрожаніи вообще. Его виды. Перемежающееся дрожаніе. Постоянное дрожаніе. Вліяніе сна, покоя и свободныхъ движеній. Различія, установленныя Ванъ Свитеномъ. Мнѣніе Гюблера. Дрожаніе по Галену. Независимость дрожательнаго паралича отъ склероза въ разсѣянныхъ бляшкахъ (sclérose en plaques). Изслѣдованія Паркинсона. Французскія работы Труссо, Шарко и Вульпіана. Дрожательный параличъ пріобрѣтаетъ право гражданства въ классической литературѣ.

Основной характеръ дрожательнаго паралича. Эта болѣзнь втораго періода жизни. Ея признаки. Измѣненія въ ея теченіи. Наклонность къ паденію впередъ и назадъ. Начало дрожательнаго паралича, его виды. Начало его, или медленное, или внезапное. Періодъ наибольшаго развитія болѣзни. Замѣтное трясеніе головы и шеи. Измѣненія въ рѣчи. Тугоподвижность мышцъ. Положеніе туловища и конечностей. Уродство рукъ и ногъ. Замедленіе въ выполненіи движеній. Измѣненія въ чувствительности. Судороги, чувство тяжести и усталости. Необходимость перемѣнять мѣсто. Обычное чувство сильнаго жара. Температура въ дрожательномъ параличѣ. Вліяніе свойства судорогъ (статическія или динамическія).

Окончательный періодъ. Постоянное пребываніе больнаго въ постели Разстройство питанія. Ослабленіе умственныхъ способностей. Пролежни. Заключительныя болѣзни. Онѣ отличаются отъ исходовъ при склерозѣ въ разсѣянныхъ бляшкахъ. Продолжительность дрожательнаго паралича. Посмертныя измѣненія. Непостоянство измѣненій въ дрожательномъ параличѣ, постоянство ихъ при склерозѣ въ разсѣянныхъ бляшкахъ. Заболѣванія Варольеваго моста и продолговатаго мозга (Паркинсонъ, Оппольцеръ). Патологическая физіологія. Этіологія. Внѣшнія причины. Сильныя нравственныя потрясенія; дѣйствіе продолжительнаго холода, сырости. Раздраженіе нѣкоторыхъ периферическихъ

нервовъ. Предрасполагающія причины. Возрастъ играетъ извѣстную роль. Дрожательный параличъ развивается позже, чѣмъ склерозъ въ разсѣянныхъ бляшкахъ. Полъ. Наслѣдственность. Племенное вліяніе.

Мм. Гг., тѣ изъ васъ, которые это утро прошли наши палаты, вѣроятно удивились, увидѣвъ такое большое количество женщинъ, пораженныхъ дрожаніемъ или, по меньшей мѣрѣ, у которыхъ дрожаніе кажется преобладающимъ признакомъ, болѣе всего бросающимся въ глаза. Это скопленіе однородныхъ больныхъ я устроилъ нарочно. Этимъ я желалъ дать вамъ возможность, при помощи одного сравненія, опредѣлить нѣкоторые оттѣнки или даже рѣзкія различія, не такъ легко схватываемые при наблюденіи отдѣльныхъ случаевъ.

Съ перваго взгляда вы могли бы подумать, что вамъ представляется однообразная картина. И въ самомъ дѣлѣ, если довольствоваться однимъ поверхностнымъ взглядомъ, явленія дрожанія у всѣхъ этихъ женщинъ кажутся одинаковыми или почти одинаковыми. Одно бросается только въ глаза это различіе интензивности и положенія ритмически дрожащихъ членовъ. Но наблюдайте,—внимательнѣе и вы въ состояніи будете въ этомъ кажущемся однообразіи отличить рѣзкія черты, которыя вначалѣ не остановили вашего вниманія.

И такъ, говоря только объ одномъ очевидномъ фактѣ, не ускользнувшемъ, безъ сомнѣнія, и отъ вашего вниманія, вы убѣдитесь, что нѣкоторыя изъ нашихъ больныхъ дрожатъ только въ то время, когда дѣлаютъ цѣлесообразныя движенія своими членами, напр. при поднесеніи стакана ко рту для питья, или когда хотятъ подняться, чтобы ходить. Въ этомъ послѣднемъ случаѣ всѣ части тѣла могутъ придти въ дрожаніе, вслѣдствіе энергическихъ толчковъ, дѣлающихъ невозможными ни стояніе, ни ходьбу. Напротивъ, когда больныя эти находятся въ покойномъ состояніи и ничто ихъ не волнуетъ, эти самыя женщины, будутъ ли онѣ въ сидячемъ или лежащемъ положеніи, принимаютъ предъ вами свой естественный видъ; различныя части ихъ тѣла будутъ находиться въ полнѣйшемъ покоѣ и наблюдая ихъ при подобныхъ условіяхъ, вы и не заподозрите существованія болѣзни, которой онѣ поражены.

Напротивъ, въ другомъ рядѣ случаевъ, дрожаніе продолжается постоянно, безпрерывно; оно приводитъ въ движеніе члены безпрестанно, безъ отдыха и если произвольныя дви-

женія и усиливаютъ временно это дрожаніе, покой не уничтожаетъ его. Въ самомъ дѣлѣ, во время бодрствованія, когда пораженіе интензивно, этимъ больнымъ нѣтъ отдыха, какое бы положеніе онѣ не приняли,—сидячее, или лежачее, дрожаніе членовъ не исчезаетъ. Сонъ одинъ прекращаетъ временно судорожное дрожаніе ихъ членовъ, но лишь только эти больныя проснутся, дрожаніе вновь овладѣваетъ ими съ прежнею силою.

Принимая въ соображеніе только это первое различіе, основанное на вліяніи покоя и произвольныхъ движеній на развитіе дрожанія, намъ уже возможно будетъ разбираемые нами случаи раздѣлить на двѣ главныя группы. Къ первой группѣ относятся тѣ, у которыхъ дрожаніе появляется только при произвольныхъ движеніяхъ, между тѣмъ какъ тѣ, у которыхъ дрожаніе есть постоянный признакъ, или прекращается только во время сна, составятъ вторую группу. Нужно, впрочемъ, замѣтить, что каждая изъ этихъ группъ далеко не представляетъ гомологической цѣлости, но заключаетъ въ себѣ довольно значительное количество болѣзненныхъ формъ очень разнообразной природы, несмотря на аналогію, сообщаемую имъ сходствомъ главнаго симптома.

Различіе, которое я стараюсь вамъ выяснить, по моему мнѣнію очень важно въ исторіи хроническихъ болѣзней нервной системы, сопровождающихся дрожаніемъ. До настоящаго времени оно не было никѣмъ замѣчено и если не я ошибаюсь, вы напрасно будете искать даже такихъ намековъ у классическихъ авторовъ. Впрочемъ, Гено де Мюси замѣтилъ совершенно справедливо объ этомъ въ одной клинической лекціи, напечатанной недавно въ Gazette des Hôpitaux [1]), что уже врачи послѣдняго столѣтія принимали это различіе во вниманіе и отлично поняли его значеніе.

Ванъ Свитенъ между прочими формально отличалъ два вида дрожанія; болѣе того, онъ старался каждому изъ нихъ придать особенное физіологическое значеніе. Позвольте мнѣ кстати указать вамъ на коментарій къ 625-му афоризму: тамъ вы найдете физіологическое объясненіе явленій дрожанія, объясненіе, которое далеко не лишено интереса даже для современнаго читателя.

Такимъ образомъ, по Ванъ Свитену, дрожаніе, которое не перестаетъ во время спокойнаго состоянія въ постели, происходитъ вслѣдствіе перемежающагося, ритмическаго раздраже-

[1]) Gazette des Hôpitaux, 1868.

нія нервныхъ центровъ. Это явленіе такимъ образомъ судорожное—tremor coactus.

Въ противоположность этому, дрожаніе, появляющееся исключительно при произвольныхъ движеніяхъ, зависитъ отъ недостаточности нервной жидкости, которой задача заключается въ сокращеніи мышцъ подъ вліяніемъ воли. Это дрожаніе, само собою разумѣется, должно быть названо паралитическимъ—tremor a debilitate.

Подобное объясненіе этимъ явленіямъ, очень похожее на предыдущее, дано нѣсколько лѣтъ тому назадъ однимъ изъ немногихъ новѣйшихъ авторовъ, съумѣвшихъ установить различіе между обоими видами дрожанія. Гюблеръ нашелъ, что въ извѣстныхъ случаяхъ, дрожаніе состоитъ не только изъ ряда противуположныхъ другъ другу непроизвольныхъ движеній, но составляется изъ цѣлой серіи сокращеній и ослабленій мышцъ, приведенныхъ въ движеніе съ цѣлью произвести движеніе только однимъ членомъ или всѣмъ тѣломъ, или для сообщенія частямъ ихъ естественнаго положенія. Въ этомъ случаѣ мышечное сокращеніе, вмѣсто того, чтобы появиться, какъ это бываетъ при нормальныхъ условіяхъ, постепенно, безъ скачковъ, нечувствительнымъ образомъ, совершается, напротивъ того, скачками, чередующимися въ своемъ теченіи промежутками отдыха. Это патологическое состояніе, которое, по Гюблеру[2]) можно бы назвать *мышечной астазіей* (astasie), рѣзко отличается отъ состоянія, въ которомъ толчкообразныя сокращенія вызванныя не только положеніемъ тѣла или волею, производятъ дрожаніе. Въ этомъ послѣднемъ случаѣ непроизвольныя и нецѣлесообразныя движенія вызываются внутреннимъ стимуломъ.

Это раздѣленіе должно было казаться весьма естественнымъ, потому что оно установлено задолго ранѣе Ванъ Свитена; его приписываютъ уже Галену. Онъ, въ самомъ дѣлѣ, различалъ два вида дрожанія: одинъ, который онъ описываетъ подъ именемъ tremor,—это трясеніе, паралитическое; другое, названное имъ παλμὸς (трепетаніе), — это дрожаніе клоническое, спазматическое, конвульсивное [3]).

Оставимъ теперь разборъ нашего вопроса съ физіологической точки зрѣнія. Въ настоящее время такой разборъ былъ бы преждевременнымъ. Ограничимся отчетливымъ

[2]) Archives génér. de médecine, 5 série, t. XV, 1860, стр. 702.
[3]) G. V. Swieten, Commentaria, t. II, стр. 107, Paris. 1771.

изображеніемъ различныхъ видовъ болѣзни, доступныхъ простому наблюденію, помимо всякой заботы о соглашеніи ихъ съ теоріей. Оставленныя безъ научнаго изслѣдованія, эти двѣ формы, разсматриваемыя нами съ клинической точки зрѣнія, дрожательный параличь и склерозъ въ разсѣянныхъ бляшкахъ, по настоящее время смѣшиваются всѣми, не смотря на то, что онѣ во всѣхъ отношеніяхъ совершенно различны между собой. Самымъ важнымъ признакомъ этихъ обоихъ болѣзненныхъ процессовъ служитъ дрожаніе; но въ первомъ ритмическое колебаніе почти безпрерывно, между тѣмъ какъ во второмъ оно бываетъ только при произвольныхъ движеніяхъ. Это одно даетъ уже возможность провести рѣзкую границу между этими двумя формами. Впрочемъ, этимъ не ограничивается различіе между ними, въ чемъ вы вскорѣ и сами убѣдитесь.

Дрожательный параличь, которымъ мы сейчасъ займемся и котораго вы уже видѣли нѣсколько рѣзкихъ примѣровъ, занесенъ былъ первымъ въ нозологическія таблицы; его исторія, между тѣмъ, не очень древняя. Первое обстоятельное описаніе о немъ появилось въ 1817 г.; оно принадлежитъ англійскому автору Паркинсону, описавшему его въ своемъ сочиненіи—Essay on the shaking Palsy. Съ той поры о дрожательномъ параличѣ многократно упоминали въ Англіи и Германіи; но во Франціи онъ оставался почти неизвѣстнымъ до послѣдняго времени, и, если я не ошибаюсь, о немъ въ первый разъ заговорилъ у насъ болѣе точнымъ образомъ г. Се, въ своей работѣ—о пляскѣ св. Витта. Онъ указываетъ, между прочимъ, на возможность смѣшать дрожательный параличь съ пляскою св. Витта.

Въ 1859 году Труссо, въ своихъ лекціяхъ о пляскѣ св. Витта, изложилъ въ краткомъ описаніи существенныя явленія дрожательнаго паралича. Три года спустя Вульпіанъ и я помѣстили работу объ этомъ предметѣ же на столбцахъ Gazette hebdomadaire [4]). Къ этому же времени относится наше поступленіе въ Сальпетріеръ. Желая пополнить наши свѣдѣнія о природѣ и характерѣ этой болѣзни, которую мы могли наблюдать въ большихъ размѣрахъ, мы были поражены неясностью понятій о подробностяхъ этой болѣзни у авторовъ. Это побудило насъ собрать факты, добытые на-

[4]) Gazette hebdomadaire 1861 стр. 765, 816 и въ 1862 г. стр. 54.

шими наблюденіями и соединивъ ихъ съ наблюденіями, заимствованными изъ иностранной литературы, мы написали довольно полную исторію дрожательнаго паралича, полную для того времени.

Съ того времени эта болѣзнь пріобрѣтаетъ право гражданства въ классическихъ сочиненіяхъ. Во второмъ изданіи своихъ лекцій, Труссо посвящаетъ ей довольно подробное описаніе. Она занесена на страницы втораго изданія книги Гризоля, въ *Энциклопедіи* Рейнольдса [5]), но всѣ эти описанія и наше въ томъ числѣ, въ этомъ отношеніи, грѣшатъ тѣмъ же недостаткомъ: дрожательный параличь смѣшанъ со склерозомъ въ бляшкахъ. Различіе между этими двумя болѣзнями указано мною, если я не ошибаюсь, въ первый разъ въ диссертаціи Орденштейна [6]). Важно затѣмъ установить параллель между этими двумя болѣзнями, сравнивая ихъ въ трехъ отношеніяхъ: по симптомамъ, причинамъ и патолого-анатомическимъ измѣненіямъ. Для этого мы сошлемся на упомянутые источники и на многочисленныя наблюденія, собранныя въ нашей больницѣ. Вамъ не трудно будетъ замѣтить въ этихъ больныхъ, собранныхъ въ этихъ палатахъ, характерные признаки, намѣченные мною.

Основныя язленія при дрожательномъ параличѣ.

Дрожательный параличь, свободный отъ примѣси посторонних элементовъ, есть въ настоящее время ничто иное, какъ неврозъ, въ томъ смыслѣ, что онъ не характеризуется опредѣленными, или одному ему свойственными патологическими измѣненіями. Въ различныхъ изслѣдованіяхъ по этому предмету трактуютъ о самыхъ разнородныхъ страданіяхъ. Нѣкоторыя изъ нихъ должны быть отнесены къ склерозу въ разсѣянныхъ бляшкахъ; другія же, вслѣдствіе ихъ разновидности или сложности, служатъ скорѣе подтвержденіемъ нашего мнѣнія, что до настоящаго времени дрожательный параличь не характеризуется никакимъ опредѣленнымъ патолого-анатомическимъ измѣненіемъ.

---

[5]) J. Reynolds.—A system of Medicine t. II, стр. 184, статья: Paralysis agitans par W. R. Sanders.

[6]) Sur la paralysie agitante et la sclérose en plaques généralisées. Thèse de Paris. 1868. Конъ между тѣмъ замѣтилъ въ двухъ случаяхъ многочисленныхъ затвердѣній головнаго и спиннаго мозга, что дрожаніе проявлялось всегда, вслѣдъ за движеніями, дѣлаемыми больными, но никогда въ состояніи покоя или сна. (Ein Beitrag zur Lehre der Paralysis agitans въ Wien. med Wochenschr. Mai 1860).

Эта форма паралича поражаетъ пожилыхъ людей, преимущественно перешагнувшихъ 40- или 50-лѣтній возрастъ. Этотъ предѣлъ возраста, впрочемъ, не абсолютенъ, ибо Дюшень (изъ Болони), сообщилъ намъ одинъ случай болѣзни у 16-ти лѣтняго юноши. Во всякомъ случаѣ, дрожательный параличъ принадлежитъ къ болѣзнямъ втораго періода жизни. Но мы зашли бы слишкомъ далеко, еслибъ стали утверждать, что онъ составляетъ болѣзнь старости.

Причины этого страданія часто остаются неизвѣстными. Однако, изъ данныхъ этіологіи, двѣ заслуживаютъ вниманія: 1-ое, сырой холодъ, особенно когда ему подвергаются продолжительное время, вслѣдствіе долгаго пребыванія въ дурно-провѣтриваемой комнатѣ, въ нижнемъ этажѣ, низкой и темной и проч.; 2-е, сильныя нравственныя потрясенія. Эта послѣдняя причина кажется, довольно общею. Одна изъ больныхъ, которую вы видѣли, заболѣла при слѣдующихъ обстоятельствахъ. Ея мужъ, муниципальный гвардеецъ, участвовалъ въ сраженіи съ мятежниками въ іюлѣ 1832 г. Увидѣвъ прибѣжавшую въ казармы съ поля сраженія лошадь своего мужа безъ сѣдока, она сильно испугалась, предвидя несчастіе. Въ тотъ же самый день она стала дрожать и трясеніе, которое вначалѣ локализировалось въ правой рукѣ, распространялось постепенно на всѣ остальные члены. Я надѣюсь имѣть случай привести вамъ много примѣровъ подобнаго рода.

Не всѣ симптомы дрожательнаго паралича представляютъ одинаковую важность. Болѣе выдающіеся состоятъ въ дрожаніи, даже во время покоя; прежде всего дрожаніемъ поражается одинъ членъ, но мало по малу страданіе распространяется и на другіе, щадя однако голову. Это явленіе рано или поздно осложняется кажущимся уменьшеніемъ мышечной силы. Движенія дѣлаются медленными и кажутся слабыми, хотя испытаніе динамометромъ показываетъ, что этого рода уменьшенія силы не существуетъ на самомъ дѣлѣ. Эта слабость движенія зависитъ отчасти, какъ мы увидимъ, отъ тугоподвижности мышцъ.

Обыкновенно довольно скоро болѣзнь осложняется однимъ любопытнымъ симтпомомъ; чаще всего, однако, онъ появляется долгое время послѣ начала болѣзни,—это потеря способности сохранять равновѣсіе при движеніи впередъ. Замѣчается иногда наклонность къ стремленію двигаться впередъ или назадъ: не чувствуя головокруженія, больной въ первомъ

случаѣ стремится впередъ; можно бы подумать, что что-то понуждаетъ его къ быстрому движенію, онъ можетъ остановиться лишь съ большимъ трудомъ, будучи принужденъ какъ бы догонять свой центръ тяжести, постоянно отъ него уходящій.

Странное положеніе тѣла и членовъ, неподвижность взгляда, неизмѣняемость чертъ лица должны быть также причислены къ самымъ важнымъ признакамъ болѣзни.

Теченіе дрожательнаго паралича медленно, прогрессивно. *Продолжительность* его значительна (иногда онъ длится около тридцати лѣтъ). Неизбѣжный конецъ наступаетъ или отъ старости, или вслѣдствіе случайныхъ болѣзней, или отъ болѣзней, вызванныхъ маразмомъ, постояннымъ пребываніемъ въ кровати, и т. д. Въ первомъ случаѣ картину болѣзни завершаетъ острая болѣзнь, напр. пневмонія; во-второмъ случаѣ— смерть наступаетъ, какъ-бы, отъ нервнаго истощенія: питаніе нарушается, больной теряетъ сонъ, развиваются пролежни, которыми и заканчивается жизнь.

Въ этомъ состоятъ, М.м. Г.г., главные признаки дрожательнаго паралича. Для лучшаго уясненія ихъ значенія, необходимо подробнѣе изучить эти симптомы, — объяснить ихъ появленіе, развитіе и связь съ различными періодами болѣзни. Съ этою цѣлью и для болѣе яснаго изложенія мы раздѣлимъ теченіе разсматриваемой нами болѣзни на нѣсколько періодовъ, характеристику которыхъ представимъ. Разсмотримъ прежде всего развитіе начала болѣзни. Наблюденіе указываетъ намъ, что дрожательный параличъ появляется то медленно, прогрессивно, то напротивъ почти внезапно.

А) *Медленное появленіе*. Въ огромномъ большинствѣ случаевъ начало бываетъ обманчиво, болѣзнь кажется легкою и доброкачественною. Дроженіе появляется въ одной стопѣ или одной рукѣ, даже въ одномъ большомъ пальцѣ. Этотъ, по видимому, столь мало тревожный признакъ остается надолго единственнымъ проявленіемъ болѣзни. Онъ представляетъ впрочемъ характерныя явленія, которыя важно знать и на которыя я обращаю ваше вниманіе.—Поражены-ли дрожаніемъ руки? тогда замѣтно, что разные отдѣлы ихъ колеблются одни надъ другими, одушевленные почти патогмоническимъ движеніемъ. Больной вдругъ приближаетъ пальцы руки къ большому пальцу, какъ бы для пряжи шерсти; одновременно при этомъ кисть сгибается, подъ

вліяніемъ быстрыхъ толчковъ въ направленіи къ предплечію; это послѣднее пригибается къ плечевой кости.

Въ этомъ періодѣ болѣзни, дрожаніе можетъ быть временнымъ, преходящимъ. Оно проявляется тогда, когда его меньше всего ожидаютъ, въ то время, когда больной находится въ состояніи полнѣйшаго покоя или умственнаго и тѣлеснаго бездѣйствія; онъ часто даже не сознаетъ своего дрожанія. Ходьба, или если даже дрожаніе появилось на верхнихъ конечностяхъ, то движеніе съ цѣлью поднятія тяжести, взятіе въ руки пера для писанія, какое либо усиліе воли, достаточны въ это время, чтобы подавить дрожаніе. Впослѣдствіи все это совершенно измѣнится. Впрочемъ, въ то самое время, когда болѣзнь ростетъ въ силѣ и продолжительности, дрожаніе захватываетъ, такъ сказать, все бо́льшіе и бо́льшіе смежные участки, соблюдая при этомъ вторженіи извѣстныя правила въ отношеніи дотолѣ нетронутыхъ частей. Если напримѣръ, оно вначалѣ поразило правую руку, то, по прошествіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ, иногда нѣсколькихъ лѣтъ, на очереди будетъ правая стопа, затѣмъ лѣвая рука, за которою послѣдуетъ лѣвая нога.

Перекрестное пораженіе болѣе рѣдко. Я видѣлъ, однако, по крайней мѣрѣ два раза, что за пораженіемъ верхней конечности послѣдовало дрожаніе въ нижней лѣвой. Чаще всего случается видѣть дрожаніе, ограниченное, втеченіи продолжительнаго времени, одною только половиною тѣла (*гемиплегическая форма*), или также обѣими нижними конечностями (*параплегическая форма*). Голова почти всегда свободна отъ пораженія во всѣхъ періодахъ болѣзни, даже въ случаяхъ самыхъ тяжелыхъ; этотъ фактъ составляетъ отличительную черту, на которую мы будемъ еще ссылаться впослѣдствіи, потому что именно противуположное замѣчается часто при спинно-черепной формѣ склероза въ разсѣянныхъ бляшкахъ.

Я долженъ обратить все ваше вниманіе на одинъ изъ видовъ прогрессивнаго начала этого паралича, который хотя и составляетъ исключительное явленіе, тѣмъ не менѣе не лишенъ интереса. Дрожаніе не составляетъ непремѣнно первый изъ констатированныхъ симтомовъ. Очень возможно, что ему предшествуетъ то чувство сильной усталости, тѣ ревматалгическія или невралгическія боли, иногда очень сильныя и поражающія члены или части члена, которые вскорѣ подвергнутся дрожанію, но вторичному, спазма-

тическому дрожанію. Я могъ бы вамъ цитировать множество фактовъ этого рода и не рѣдко, въ подобныхъ случаяхъ, можно указать на травматическую причину, уколъ, какъ это видѣлъ Ромбергъ, или сильный ушибъ, какъ это я самъ наблюдалъ, котораго дѣйствіе отозвалось на всемъ членѣ, въ которомъ появились послѣдовательно боли и дрожаніе. Дрожательный параличъ, который появляется такимъ образомъ, подчиняется впрочемъ, въ своемъ послѣдовательномъ развитіи, законамъ обыкновеннаго теченія, а равно и его послѣдующія фозы.

Б. *Внезапное начало.* Когда, вслѣдствіе нравственнаго потрясенія, глубокаго ужаса, дрожаніе появляется вдругъ, оно занимаетъ то одинъ членъ, то съ самаго начала всѣ члены одновременно. Продолжаясь нѣсколько дней, дрожаніе можетъ улучшиться или даже исчезнуть.

Но спустя нѣсколько времени, вслѣдъ за цѣлымъ рядомъ улучшеній и ухудшеній, дрожаніе, наконецъ, устанавливается окончательно. По крайней мѣрѣ, мы это отчетливо наблюдали во многихъ случаяхъ.

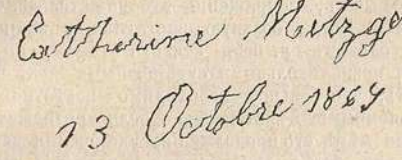
Продолжительность этого первоначальнаго періода колеблется, каково бы ни было начало болѣзни, приблизительно отъ двухъ до трехъ лѣтъ.

В. *Періодъ полнаго развитія болѣзни, Stadium acme.* Дрожательный параличъ достигъ полнаго развитія, когда дрожаніе, не говоря уже о томъ, что оно поразило многіе члены, проявляется, по крайней мѣрѣ, въ интензивныхъ случаяхъ, почти безпрерывно. Сила его, впрочемъ, не всегда одинакова. Различныя обстоятельства, еще недавно не имѣвшія на дрожаніе никакого вліянія, теперь усиливаютъ его, а именно: нравственныя возбужденія, исполненіе свободныхъ движеній. Въ тоже время наблюдается родъ кризисовъ, пароксизмовъ, появляющихся внезапно, безъ видимой причины. Взамѣнъ того, естественный сонъ, сонъ вызванный хлороформомъ, всегда уничтожаютъ мгновенно судорожные толчки.

Въ этомъ-то періодѣ болѣзни появляется характеристическое дрожаніе въ полной своей силѣ; въ это же время замѣчаются колебанія ритмическія и непроизвольныя различныхъ частей руки, напоминающія извѣстныя координированныя движенія. Такъ, напримѣръ, у нѣкоторыхъ больныхъ, большой палецъ движется около остальныхъ пальцевъ, какъ это дѣлается при поворачиваніи карандаша

свертываніи бумажнаго шарика; у другихъ движенія пальцевъ еще болѣе сложны—они напоминаютъ крошеніе хлѣба [7]). Я вамъ представилъ примѣры подобнаго рода. Въ этомъ состоятъ, если не ошибаюсь, особенности, которыя собственно свойственны дрожательному параличу. Я не думаю, чтобы они находились, въ какой либо другой формѣ дрожанія (фиг. 5). Наблюденія эти сдѣланы Гюблеромъ, который, въ качествѣ интерна въ Сальпетріеръ, могъ изслѣдовать этихъ больныхъ въ большомъ размѣрѣ.

Фиг. 5.



Голова и шея, повторяемъ, остаются нетронутыми; это общій законъ. Напротивъ, мышцы лица неподвижны, взглядъ имѣетъ замѣчательную пристальность, а черты лица представляютъ выраженіе постоянной тоски, иногда выраженіе тупости. Дрожаніе глазныхъ яблокъ (nystagmus), которое такъ часто наблюдается въ симптоматологіи склероза въ разсѣянныхъ бляшкахъ, не существуетъ при дрожательномъ параличѣ. Мышцы челюсти вовсе не участвуютъ въ спазматическомъ дрожаніи. Несмотря на то, не рѣдко можно видѣть, что языкъ, даже въ полости рта, пораженъ замѣтнымъ дрожаніемъ, которое увеличивается, когда больнаго заставляютъ высунуть его [8]).

---

[7]) Дрожаніе придаетъ формѣ писанію буквъ нѣчто особенное. Когда предъ нами болѣзнь въ начальномъ періодѣ, почеркъ кажется нормальнымъ, но если разсмотрѣть буквы въ лупу, то замѣчается что однѣ части болѣе выдающіяся, болѣе широки, нежели другія. Послѣ, въ періодѣ наибольшей силы болѣзни, измѣненія въ письмѣ еще болѣе рѣзки и очень замѣтны. 5-я фиг. представляетъ образецъ письма одной больной, которую мы наблюдали въ больницѣ Св. Людовика въ 1869 г. Прямыя черты буквъ очень неправильны и очень угловаты; эти неправильности, эти угловатости совершаются въ предѣлахъ ограниченныхъ контуровъ (Б).

[8]) Всѣ эти явленія очень рѣзко выражены у Маріи—Анны П., которая находится въ отдѣленіи Шарко (палата Св. Александра № 9). Голова, нѣкоторымъ образомъ неподвижно торчащая надъ позвоночнымъ столбомъ, немного наклонена впередъ. Черты лица не имѣютъ, такъ ска-

На самомъ дѣлѣ нѣтъ затрудненія въ рѣчи, но рѣчь выходитъ медленною, прерывистою, слова отрывисты и, кажется, что произношеніе каждаго слова стоитъ значительныхъ усилій воли. Если дрожаніе тѣла очень значительно, то можетъ случиться, что рѣчь будетъ дрожащей, прерывистой, какъ это бываетъ у лицъ мало привыкшихъ къ верховой ѣздѣ, но проѣхавшихъ верхомъ скорой рысью значительное пространство. Впрочемъ, въ обоихъ этихъ случаяхъ, очевидно можно только видѣть явленіе передачи [9]). Часто боль-

зать, никакого выраженія. Очень замѣтны морщины на лбу; на обѣихъ сторонахъ вѣки менѣе подвижны, чѣмъ у здоровыхъ, вслѣдствіе сокращеній надбровныхъ мышцъ; сокращеніе это кажется обычнымъ и увеличиваетъ морщины лба. Когда больную заставляютъ закрыть глаза, она исполняетъ это, по словамъ ея, безъ всякаго усилья, но тогда верхнія вѣки подергиваются незначительными судорожными движеніями, которыя даютъ поводъ думать, что больной необходимо извѣстное усиліе, чтобы удержать вѣки опущенными. Дѣйствительно если продолжать испытаніе закрытія глазъ, то, по мѣрѣ его продолженія, судорожныя движенія въ родѣ быстраго миганія, все болѣе усиливаются и закрытіе глаза перестаетъ быть полнымъ. Глазныя яблоки смотрятъ прямо впередъ; въ нихъ нѣтъ дрожательныхъ движеній (nystagmus). Когда приступаютъ къ испытанію чувствительности зрачка къ свѣту, по очередно, то опуская, то поднимая вѣки, то эта процедура встрѣчаетъ противодѣйствіе, зависящее отъ судорожныхъ сокращеній верхнихъ вѣкъ, сокращеній, съ которыми больная не можетъ справиться. Взглядъ, нѣкоторымъ образомъ, лишенъ выраженія.

Губы сомкнуты и нѣсколько выдаются напередъ, какъ будто бы сокращеніе мышцъ удерживаетъ ихъ въ этомъ положеніи одну надъ другой, слѣдствіемъ чего губо-носовая бороздка также, какъ и подбородочная, изглажены. Верхняя губа неподвижна, нижняя губа подергивается едва замѣтною дрожью, преимущественно на уровнѣ угловъ рта. Больная можетъ открыть ротъ, но лишь съ усиліемъ; она только не вполнѣ открываетъ его и не можетъ удержать открытымъ, впродолженіи нѣсколькихъ минутъ. Она объясняла себѣ это обычное сцѣпленіе губъ, такъ сказать, постоянное, говоря: мои губы слипаются (Б).

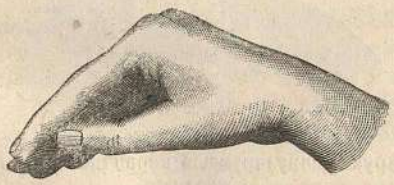
[9]) Мы кстати приведемъ еще по поводу рѣчи нѣсколько обстоятельствъ изъ наблюденія надъ Пер... У нея рѣчь стала затрудняться тому два года и только годъ, какъ затрудненіе въ выговорѣ значительно усилилось. Когда больная говоритъ, губы ея начинаютъ дрожать и произношеніе первыхъ слоговъ становится весьма труднымъ, слова выходятъ дрожащими, особенно вначалѣ, но мало по малу, по мѣрѣ того, какъ произносятся фразы, слова дѣлаются менѣе дрожащими и произносятся болѣе громкимъ голосомъ. Больная говоритъ, какъ будто, сквозь зубы; губы едва раскрываются; челюсти какъ бы слиплись одна съ другой. Языкъ представляется вообще однообразно дрожащимъ, даже когда онъ находится въ полости рта, но если онъ высунутъ, то дрожаніе его усиливается. Больная утверждаетъ что она не можетъ держать долго языкъ вытянутымъ. „Онъ втягивается противъ моей воли“. Ротъ часто переполненъ слюною, чему Пер .. приписываетъ отчасти свои затрудненія въ рѣчи.

ные говорятъ, какъ бы сквозь зубы. Проглатываніе свободно, можетъ быть, нѣсколько замедлено; часто, въ застарѣлыхъ случаяхъ, накопившаяся слюна вытекаетъ непроизвольно изъ рта. Дыхательныя мышцы, повидимому, не принимаютъ участія въ судорожныхъ разстройствахъ членовъ. Упомянемъ, однако, что нѣкоторые больные испытываютъ почти постоянно стѣсненіе въ груди.

Мы остановимся теперь на одномъ явленіи, которое не замѣтилъ, кажется, Паркинсонъ, а равно и другіе его послѣдователи: мы говоримъ о *твердости и потерѣ сократительности*, (*тугоподвижности*), которымъ подвергаются, въ извѣстный періодъ болѣзни, мышцы шеи. Когда наступаетъ это явленіе, больные жалуются на судороги, смѣняющіяся сведеніями членовъ, вначалѣ скоро проходящими, потомъ болѣе или менѣе продолжительными. Вообще, сгибатели поражаются первыми и всегда въ самой высокой степени. Мышечная тугость, сдѣлавшаяся постоянною, заставляетъ больныхъ, во многихъ случаяхъ, принимать очень странное положеніе тѣла. И такъ, голова, вслѣдствіе тугоподвижности переднихъ мышцъ шеи (Паркинсонъ уже это замѣтилъ), очень сильно наклоняется впередъ, такъ, что можно бы сказать, что она укрѣплена въ этомъ положеніи, потому что больной можетъ только съ усиліемъ поднять ее, повернуть вправо или влѣво. Само туловище почти всегда находится при стоячемъ положеніи нѣсколько наклоненнымъ напередъ (Рис. XI).

Слѣдуетъ упомянуть о положеніи верхнихъ конечностей. Обыкновенно локти немного отклонены отъ грудной клѣтки. Предплечія легко прижаты къ плечамъ; кисти [10]) сог-

Фиг. 6.

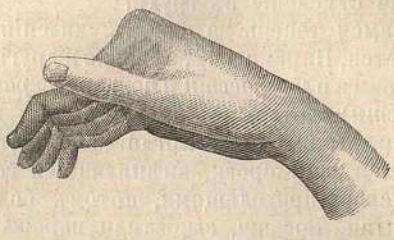


Фиг. 6. Обыкновенное положеніе руки при мало выраженномъ дрожательномъ параличѣ. Положеніе руки, держащей писчее перо.

[10]) Это рисунокъ представляется больную Г., исторію болѣзни которой мы сообщаемъ въ Прибавленіи. Наклоненіе, весьма явное уже въ то вре-

нуты въ направленіи къ предплечіямъ и лежатъ на поясѣ. (См. Рисун. IX). Современемъ руки, вслѣдствіе постоянной оцѣпенѣлости нѣкоторыхъ мышцъ, представляютъ измѣненія формы, которыя полезно знать, потому что во многихъ случаяхъ это измѣненіе формы затрудняло распознаваніе.

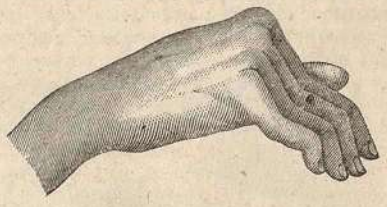
Фиг. 7.



Фиг. 7. Уродство формы руки, симулирующее первичный хроническій суставной ревматизмъ.

Чаще всего большой и указательный палецъ вытянуты и прижаты одинъ къ другому, какъ будто съ цѣлью держать писчее перо или карандашъ; пальцы, слегка наклоненные къ ладони, всею массою нѣсколько выворочены къ локтевому краю (фиг. 6). Они обнаруживаютъ, кромѣ того, въ различныхъ суставахъ рядъ сгибаній и разгибаній, сходныхъ съ извѣстными типами уродства, наблюдаемыми при прогрессивномъ суставномъ ревматизмѣ (фиг. 7 и 8).

Фиг. 8.



Фиг. 8. Уродство руки, симулирующее первичный хроническій суставной ревматизмъ.

мя, когда Рише снялъ съ нея изображеніе, съ того времени еще усилилось. Кромѣ того, она представляетъ въ настоящее время склонность наклоняться направо. Это боковое наклоненіе замѣчается также у другой больной Бо..., находящейся въ отдѣленіи проф. Шарко.

Различіе, впрочемъ, легко для нѣсколько знакомаго съ дѣломъ. Въ самомъ дѣлѣ, въ дрожательномъ параличѣ мы не встрѣчаемъ ни припухлости, ни малоподвижности въ сочлененіяхъ, ни припуханій костей, ни крепитаціи, наблюдаемыхъ при arthritis nodosa.

На нижнихъ конечностяхъ тугоподвижность бываетъ иногда на столько значительна, что можно предположить существованіе параплегіи съ одновременной контрактурой. У двухъ женщинъ, которыхъ я вамъ только что представилъ, вы видѣли сами, эти члены представляются тугоподвижными и въ полусогнутомъ положеніи; сгибаніе и разгибаніе совершаются у нихъ только съ трудомъ. Колѣна приближены другъ къ другу приводящими мышцами; стопы малоподвижны, вытянуты и направлены внутрь, представляя собою такъ называемый pes varo-equinus. Большіе пальцы подняты и согнуты, на подобіе когтей, вслѣдствіе выпрямленія первыхъ фаланговъ и одновременнаго сгибанія прочихъ. Несмотря на то, эти женщины обладаютъ способностью двигать своими нижними конечностями, хотя медленно и съ трудомъ; онѣ даже способны, въ этомъ вы сами убѣдитесь, кое-какъ ходить безъ чужой помощи или опоры. Я уже указалъ вамъ, Мм. Гг., что, въ противуположность наблюдаемому въ настоящей параплегіи съ контрактурою, у нашихъ больныхъ нѣтъ тетаническаго дрожанія, самопроизвольнаго или вызваннаго извѣстнымъ положеніемъ тѣла,—дрожанія, служащаго признакомъ одного изъ видовъ спинно-мозговой эпилепсіи. Напротивъ, этотъ послѣдній симптомъ встрѣчается вообще при параплегіи, сопровождающей такъ часто склерозъ въ разсѣянныхъ бляшкахъ, что и составляетъ отличительный признакъ, который мы и приняли въ соображеніе при діагностикѣ.

И такъ, какъ справедливо замѣтилъ Бенедиктъ въ своей *Электротерапіи*, недавно вышедшей въ свѣтъ, обыкновенная тугоподвижность извѣстнаго числа мышцъ безспорно служитъ причиной въ большинствѣ случаевъ затруднительности движеній; но я думаю, что это не единственная причина, на которую слѣдуетъ указать; тѣмъ не менѣе, ею обусловливается общее положеніе тѣла и то явленіе, что больные, какъ бы свернутые, кажутся передвигающимися всѣмъ тѣломъ вдругъ; при этомъ ихъ суставы кажутся какъ будто спаянными; извините за тривіальное выраженіе, которое однако весьма вѣрно и заимствовано мною отъ одного

больнаго. Этимъ же объясняется наклонное держаніе головы и перевѣшиваніе туловища напередъ. Это послѣднее обстоятельство играетъ немаловажную роль въ наклонности больныхъ къ паденію впередъ во время ходьбы.

Мм. Гг., мы видимъ, хотя и рѣдко, что мышечная оцѣпенѣлость является симптомомъ, совершенно преобладающимъ въ первое время болѣзни. Я наблюдалъ недавно одинъ случай, подходящій подъ эту категорію. Больной едва замѣчалъ дрожаніе, впрочемъ очень незначительное и ограниченное одной рукой. Между тѣмъ, въ немъ замѣчалось уже въ высокой степени характеристическое держаніе тѣла и членовъ, затруднительность движеній, наконецъ своеобразная походка [11]). Эти случаи исключительны. Чаще всего случается, что мышечная тугоподвижность проявляется яснѣе только

---

[11]) Слѣдующій случай, передаваемый нами вкратцѣ, принадлежитъ къ категоріи этихъ исключительныхъ фактовъ.—Больная Г., 53 л. (палата св. Александра, № 10), послѣ головныхъ болей, продолжавшихся нѣкоторое время и стрѣляющихъ, блуждающихъ болей, чувства сжатія въ надчревной области, нѣсколько лѣтъ предъ тѣмъ замѣтила, что различные суставы правой верхней конечности сдѣлались тугоподвижными. Къ этому прибавилась слабость. Тугоподвижность и слабость перешли постепенно на нижнюю правую конечность, лѣвую руку, затѣмъ лѣвую ногу. Въ 1870 появилось перевѣшиваніе тѣла напередъ и назадъ. Такъ что, когда больная поднималась по лѣстницѣ въ свою квартиру, она была какъ бы толкаема впередъ и не могла остановиться иначе, какъ опершись руками о неподвижный предметъ: „безъ этой предосторожности, я бы опрокинулась“, говорила она.

Въ настоящее время она находится въ слѣдующемъ состояніи: голова немного наклонена впередъ, шея тугоподвижна. Морщины на лбу рѣзко очерчены, преимущественно надъ бровями, которыя приподняты, также какъ и верхнія вѣки, вслѣдствіе чего лицо ея имѣетъ какъ бы безмысленное выраженіе. Рѣчь свободна. При ходьбѣ, обыкновенно маленькими шагами, руки больной прижаты къ тѣлу, предплечія согнуты и руки сложены, какъ бы поддерживая одна другую. Взятые въ цѣлости пальцы слегка согнуты, соединены, вся кисть обращена къ локтевому краю. Всѣ суставы тугоподвижны въ различной степени; тугоподвижность меньше на правой сторонѣ. Чувствительность сохранена. Впродолженіе ночи, больная жалуется на чувство холода, распространяющагося отъ плеча къ рукѣ и повторяющагося въ промежутки времени отъ 5—6 минутъ. Конечности, преимущественно правая верхняя, кажутся больной тяжелыми. Когда больная желаетъ встать со стула и когда ей не даютъ ухватиться за близкіе предметы, она схватываетъ руками спинку стула, чтобы передвинуть тазъ впередъ, затѣмъ она опускаетъ руки еще ниже на боковыя части сидѣнія и, послѣ нѣсколькихъ усилій, ей удается встать.

Сонъ вообще коротокъ; ночью больная Г. покрывается только простынею и тоненькою юбкою, которую она кладетъ на колѣна, такъ какъ

въ позднѣйшихъ періодахъ дрожательнаго паралича. Извѣстно, что прежде чѣмъ она начинаетъ обнаруживаться, больные уже задолго до того страдали значительно затрудненными движеніями, въ основаніи которыхъ лежитъ другая причина.

Вамъ самимъ бросится въ глаза у нѣкоторыхъ больныхъ, которыхъ я вамъ представилъ, эта затруднительность движеній, не зависящая, ни отъ дрожаній, ни отъ мышечной оцѣпенѣлости, причемъ нѣсколько болѣе внимательное наблюденіе ихъ обнаружитъ тотъ замѣчательный фактъ, что у нихъ существуетъ скорѣе *замедленіе выполненія движеній*, чѣмъ *дѣйствительное ослабленіе* двигательныхъ силъ. Больной еще въ состояніи совершить, несмотря на дрожаніе, большую часть движеній, но это совершается у него крайне медленно. Мы упомянули нѣсколько выше о фактѣ, касающемся рѣчи; между мыслью и дѣйствіемъ протекаетъ относительно значительный промежутокъ времени. Можно сказать, что у нихъ нервный импульсъ вызываетъ движеніе только послѣ невѣроятныхъ усилій и, въ самомъ дѣлѣ, малѣйшее движеніе крайне утомляетъ этихъ больныхъ. Эта совокупность явленій часто объяснялась полнымъ паралитическимъ ослабленіемъ. Тѣмъ не менѣе, вы будете имѣть

они зябнутъ Подъ одѣяломъ ей было бы „слишкомъ жарко и слишкомъ тяжело“, говоритъ она. Замѣтимъ еще о необходимости безпрестанно перемѣнять положеніе. Едва она присѣла, какъ уже проситъ, чтобы ее, или подвинули впередъ на сидѣніи, или чтобы ее посадили бокомъ и т. п.; нѣсколько минутъ спустя, она проситъ, чтобы ей раздвинули ноги, такъ какъ онѣ имѣютъ наклонность къ приведенію; затѣмъ она проситъ, чтобы ей помогли встать и т. п. Всѣ эти симптомы достаточно указываютъ на то что мы имѣемъ предъ собою дрожательный параличъ. Между тѣмъ, не смотря на то, что болѣзнь длится уже четыре года, дрожанія почти нѣтъ. Оно ограничивается только правою рукою и появилось всего три мѣсяца тому назадъ. Изъ этого видно, что возможно распознать дрожательный параличъ, даже при отсутствіи дрожанія. (Б.). Тоже самое было у одного больнаго, котораго Шарко видѣлъ нѣсколько времени тому назадъ (1872). Этотъ человѣкъ, 50 л. отъ роду, былъ пораженъ болѣзнью Паркинсона, вслѣдствіе нервнаго потрясенія, которому онъ подвергся во время коммуны, вслѣдствіе попытки коммунистовъ завербовать его насильственно и зачислить къ одинъ изъ ихъ батальоновъ. У него всѣ симптомы, въ особенности же перевѣшиваніе тѣла, были на лицо; не доставало только дрожанія. Наконецъ Гоуерсъ сообщилъ Профессору Шарко наблюденіе, сдѣланное имъ въ національномъ госпиталѣ эпилептиковъ и паралитиковъ въ Лондонѣ надъ одной женщиной—Анной Филипсъ, 47 лѣтъ, у которой наблюдаемы были всѣ симптомы дрожательнаго паралича, исключая дрожанія, которое было едва замѣтно при движеніяхъ (Б.). (Прим. къ 2-му изданію).

случай не разъ убѣдиться въ періодѣ, когда болѣзнь не достигла крайней степени своего развитія, что мышечныя силы замѣчательно сохранились. Этотъ фактъ былъ многократно провѣренъ динамометромъ; въ нѣкоторыхъ случаяхъ наблюдали странное явленіе: наиболѣе дрожащій членъ, повидимому слабѣйшій, оказывался болѣе всего сохранившимъ динамометрическую силу [12]).

Еще одно замѣчаніе о своеобразной *поступи* больныхъ, пораженныхъ дрожательнымъ параличемъ. Вы видѣли, какъ нѣкоторыя изъ нашихъ больныхъ медленно и съ трудомъ поднимались съ мѣста своего сидѣнія, затѣмъ наступало колебаніе, продолжавшееся нѣсколько секундъ, онѣ останавливались, какъ бы въ нерѣшимости — идти или нѣтъ. Но разъ въ движеніи, онѣ уже вынуждены къ быстрому стремленію впередъ. Имъ грозила часто опасность упасть всѣмъ тѣломъ напередъ. Спрашивается — зависитъ ли эта почти непреодолимая наклонность бѣжать отъ того, что центръ тяжести ихъ перемѣщенъ кпереди, вслѣдствіе наклоненія ихъ головы и туловища? Это объясненіе, возможное, можетъ быть, въ нѣкоторыхъ случаяхъ, вообще непримѣнимо для всѣхъ. Въ самомъ дѣлѣ, въ противоположность только что описаннымъ больнымъ, существуютъ другіе, имѣющіе наклонность при ходьбѣ пятиться назадъ, или даже опрокидываться на спину, несмотря на то, что туловище замѣтно наклонено впередъ. Впрочемъ, стремленіе къ движенію впередъ или назадъ не находится непремѣнно въ связи съ наклоннымъ положеніемъ тѣла, ибо оно встрѣчается иногда въ началь-

---

[12]) Мы изслѣдовали состояніе динамометрической силы у шести больныхъ изъ клиники Шарко. Вотъ результаты наблюденій: 1-е, Пердр... 8 испытаній; среднее число на правой—60; на лѣвой—42.—2-е, Г...9 испытаній; среднее число на правой—67, на лѣвой—63.—3-е, Бер...—13 испытаній; среднее на правой 59,6; лѣвой 41,4. —4-е, Гав...—5 испытаній; среднее на правой—39,6; лѣвой —43,4.—5-е, Бо..—5 испытаній; среднее на правой — 65,5;— на лѣвой—42,3.— 6-е, Дан. 5 испытаній; средняя на правой—41,4; на лѣвой 33,3. Если сравнить эти цыфры со среднею—85, которую намъ доставили пять особъ того же возраста, какъ наши больные, мы убѣждаемся, что въ дрожательномъ параличѣ динамометрическая сила не сохраняется, но напротивъ уменьшается. Старое мнѣніе и новые факты тѣмъ труднѣе согласить между собой, что уменьшеніе динамометрической силы замѣчается у двухъ изъ нашихъ больныхъ въ начальномъ періодѣ ихъ болѣзни, а равно и въ застарѣлыхъ случаяхъ дрожательнаго паралича. Наконецъ въ этихъ трехъ случаяхъ динамометрическая сила меньше на сторонѣ, гдѣ преобладаетъ дрожаніе (Б.).

номъ періодѣ болѣзни, когда еще не существуетъ перевѣшиванія туловища [13]). Наконецъ, это явленіе не составляетъ постояннаго необходимаго признака, — его часто не бываетъ, или оно обнаруживается при другихъ болѣзняхъ, напр. при нѣкоторыхъ страданіяхъ мозга. Необходимо присовокупить, что въ этихъ послѣднихъ случаяхъ оно связано часто съ головокруженіями, между тѣмъ, какъ въ дрожательномъ параличѣ, наклонность къ паденію напередъ или назадъ не зависитъ отъ припадковъ головокруженій.

Не одни только разсмотрѣнные уже нами признаки, Мм. Гг., должны приковывать исключительно ваше вниманіе. Дрожательный параличъ принадлежитъ къ числу наиболѣе тяжелыхъ страданій, не потому только, что рано или поздно лишаетъ больныхъ возможности владѣнья своими членами, что обрекаетъ ихъ на полную неподвижность; онъ составляетъ еще жестокое страданіе, вслѣдствіе болѣзненныхъ ощущеній, испытываемыхъ больными. Обыкновенно, исключая случаевъ невралгіи, о которыхъ мы говорили, больныя не ощущаютъ острыхъ болей, зато онѣ одержимы непріятными ощущеніями особаго рода. Онѣ страдаютъ судорогами

[13]) Эти явленія совершенно очевидны у одной больной изъ клиники Шарко (въ 22-й № палаты св. Александра), Эта женщина находится въ болѣе позднемъ періодѣ дрожательнаго паралича, нежели двѣ больныя, упомянутыя въ предыдущей замѣткѣ, хотя она и не лежитъ въ постели. У нее замѣчаются всѣ симптомы болѣзни; но мы укажемъ изъ ея исторіи болѣзни только на явленія, относящіяся къ перевѣшиванію тѣла впередъ или назадъ. Представимъ себѣ больную сидящею; ей велятъ подняться и идти. Что же мы видимъ? Она колеблется, какъ бы въ нерѣшительности, втеченіи нѣсколькихъ минутъ, потомъ наклоняетъ туловище впередъ, затѣмъ, какъ бы качаясь, вдругъ подымается. Но она еще не идетъ; кажется, что предъ тѣмъ ей нужно сохранить, установить равновѣсіе; она стоитъ въ нерѣшительности, наклонившись напередъ, наконецъ она рѣшается. Медленная вначалѣ поступь прогрессивно ускоряется, пройдя приблизительно десять метровъ, она уже стремится съ такою скоростью, что не будь въ данный моментъ предъ ней скамейка, стѣна, кровать и т. п., она бы вдругъ растянулась на полу;—въ этомъ случаѣ толкательная сила впередъ сказывается съ возможной ясностью. Перевѣшиваніе тѣла и стремленіе назадъ иногда не замѣчаются, такъ какъ для этого необходимъ особенный случай, при которомъ больнымъ необходимо было бы пятиться назадъ. Для этого существуетъ впрочемъ очень простой способъ, обнаруживающій это стремленіе. Способъ этого Шарко употребилъ въ двухъ случаяхъ. Больная стояла; достаточно было потянуть слегка за ея юбку сзади, чтобы вызвать движеніе назадъ, причемъ оно очень быстро ускоряется и до такой степени, что могло бы сдѣлаться опаснымъ, если не приняты надлежащія предосторожности. (Б.).

или, вѣрнѣе сказать, чувствомъ постояннаго напряженія, подергиванія въ большей части мышцъ. При этомъ ихъ мучитъ чувство упадка силъ, усталости, ощущаемой больше всего послѣ припадка дрожанія, кромѣ того, еще неопредѣленное чувство недомоганія, выражающееся въ необходимости безпрестанно мѣнять положеніе тѣла. Если эти больныя сидятъ, то онѣ вынуждены каждую минуту вставать; если же онѣ стоятъ, то, послѣ нѣсколькихъ шаговъ, имъ хочется сѣсть. Эта необходимость перемѣны положенія обнаруживается болѣе всего въ постели, ночью, у больныхъ, неспособныхъ помочь самимъ себѣ. Сидѣлки, присматривающія за этими несчастными больными скажутъ вамъ, что ихъ нужно класть то на лѣвый, то на правый бокъ, то на спину. Едва прошло полчаса или четверть часа, больныя опять желаютъ перемѣнить свое положеніе и если ихъ желаніе немедленно не исполняютъ, онѣ стонами достаточно обнаруживаютъ безпокойство, овладѣвающее ими. Не смотря на эти различныя разстройства, передача чувственныхъ ощущеній кожи нисколько не измѣнена въ дрожательномъ параличѣ. Холодъ, теплота, самое легкое прикосновеніе, щипокъ и т. п. ощущаются, какъ при нормальныхъ условіяхъ и съ обыкновенною быстротою.

Я долженъ упомянуть еще объ одномъ тяжеломъ ощущеніи, испытываемомъ больными; объ этомъ ощущеніи вы не найдете ни слова ни въ одномъ руководствѣ, это—*постоянное ощущеніе чрезмѣрнаго жара*, чѣмъ объясняется, что въ серединѣ зимы, вы увидите этихъ больныхъ, лежащихъ неприкрытыми въ постели, а днемъ одѣтыми въ самыя легкія платья. Всѣ случаи въ нашей клиникѣ говорятъ въ пользу этого наблюденія. Это чувство жара, особенность, которую нельзя упускать изъ виду, проявляется особенно въ надчревной области и въ спинѣ. Оно впрочемъ можетъ также локализироваться въ членахъ и въ лицѣ. Его интензивность не всегда одинакова; оно достигаетъ, по видимому высшей степени послѣ припадка дрожанія и сопровождается часто въ подобныхъ случаяхъ обильнымъ отдѣленіемъ пота, что принуждаетъ иногда немедленно мѣнять бѣлье; однако такое чувство увеличенной теплоты бываетъ и у больныхъ не потѣющихъ и не страдающихъ рѣзко выраженнымъ дрожаніемъ.

Знаніе этого факта уже давно побудило меня изслѣдовать вопросъ:—измѣнена-ли центральная температура у этихъ больныхъ? Однако опытъ мнѣ показалъ, что какова бы

ни была степень этого субъективнаго ощущенія, а равно и сила дрожанія, температура не переступаетъ физіологическихъ предѣловъ (37,5°—въ прямой кишкѣ).

Васъ не удивитъ, М.м. Г.г., фактъ отсутствія нарастанія теплоты въ центральныхъ частяхъ, не смотря на столь энергическія и распространенныя мышечныя сокращенія, встрѣчающіяся въ нѣкоторыхъ случаяхъ дрожательнаго паралича. Здѣсь дѣло идетъ о мышечныхъ сокращеніяхъ *динамическаго свойства*, такъ какъ всѣмъ извѣстно, что только *статическія* мышечныя сокращенія, какъ это доказано Беклеромъ, влекутъ за собой повышеніе температуры, доступное измѣренію термометромъ. Съ этой точки зрѣнія, я и Ш. Бушаръ, въ работѣ [14]), сообщенной *Біологическому обществу*, подвели судороги подъ двѣ категоріи: однѣ изъ нихъ *статическія*, въ которыхъ преобладаютъ тоническія сокращенія. онѣ повышаютъ болѣе или менѣе замѣтно температуру, какъ это наблюдается при столбнякѣ и въ эпилептическомъ припадкѣ; другія—*динамическія*, съ преобладаніемъ клоническихъ судорогъ, не повышаютъ замѣтнымъ образомъ температуры. Термометрическія изслѣдованія, много разъ повторенныя въ дрожательномъ параличѣ и въ нѣсколькихъ случаяхъ судорожной пляски съ черезмѣрнымъ дрожаніемъ, окончательно рѣшили для насъ этотъ вопросъ [15]).

По этому поводу было бы важно опредѣлить въ дрожательномъ параличѣ, подобно тому, какъ это сдѣлано Бенсъ-Джонсомъ при chorea и при delirium tremens химическій составъ мочи, особенно—не происходитъ-ли въ ней увеличеніе содержанія сульфатовъ или другихъ важныхъ измѣненій, такъ какъ всѣ эти болѣзни представляютъ значительную трату мышечныхъ силъ? Это пока нашъ дезиде-

---

[14]) Sur les variations de la température centrale qui s'observent dans certaines affections convulsives et sur la distinction qui doit être établie à ce point de vue entre les convulsions toniques et les convulsions cloniques. Въ Mémoires de la Soc. de Biologie, 1866.

[15]) Пять новыхъ наблюденій подтверждаютъ это положеніе. Пять измѣреній, сдѣланныхъ у Бер.. дали среднюю температуру въ 37°,48, а три изслѣдованія, сдѣланныя у Р., дали среднюю температуру въ 37°,6. У Д. три утреннія изслѣдованія—37°,3; при четырехъ вечернихъ измѣреніяхъ получалась температура въ 37°,6. У Б... утреннія измѣренія обнаружили 37°,1. Четыре вечернихъ измѣреній—37°,45. Пульсъ у первой равнялся 90, у второи 86; у третьей 84, а у пятой 80. Число вдыханій въ этихъ случаяхъ было нормально (Б.).

ратъ; этотъ пробѣлъ мы предполагаемъ когда нибудь пополнить [16]).

М.м. Г.г., симптомы описанные нами, остаются почти in statu quo, впродолженіе болѣе или менѣе продолжительнаго времени; затѣмъ нѣсколько раньше или позднѣе приближается періодъ, предшествующій роковому исходу, который можно-бы назвать *заключительнымъ* или *конечнымъ періодомъ*. Болѣзнь въ своемъ непрерывномъ теченіи влечетъ за собой возрастающія затрудненія въ движеніяхъ, такъ что больныя принуждены со временемъ проводить цѣлые дни въ креслѣ, или даже лежать постоянно въ постели. Тогда начинаетъ сильнѣе страдать питаніе, преимущественно въ мышечной системѣ. Иногда наступаетъ—и это я наблюдалъ два раза,—настоящее жировое перерожденіе мышцъ. Въ данный моментъ умственныя способности значительно ослабѣваютъ, память теряется, силы истощаются, больные мараются подъ себя, на крестцѣ появляются пролежни.

Въ подобныхъ случаяхъ больные погибаютъ, вслѣдствіе дальнѣйшаго развитія ихъ страданія, вслѣдствіе истощенія нервной системы въ извѣстной степени. Заявленіе нѣкоторыхъ авторовъ вполнѣ вѣрно, что въ этомъ конечномъ періодѣ замѣчается часто уменьшеніе и даже совершенное исчезаніе дрожанія у больныхъ, какъ-бы оно ни было сильно прежде [17]). При вскрытіи мы не находимъ обыкновенно никакихъ патолого-анатомическихъ измѣненій внутреннихъ органовъ, могущихъ мотивировать смерть. Мы не находимъ, между прочимъ на трупѣ патологическихъ измѣненій, свой-

[16]) По этому предмету сдѣланы были изслѣдованія Реньяромъ, въ Сорбонской лабораторіи на двухъ больныхъ изъ отдѣленія Шарко. У обѣихъ мочи содержала почти нормальное количество *мочевины*, но вмѣстѣ съ тѣмъ уменьшеніе количества сѣрной кислоты, сравнительно съ физіологическимъ состояніемъ. Среднее число, полученное изъ 14 измѣреній, дало—19, 50 грм. *мочевины* и 1 грм., 25 сѣрной кислоты, вмѣсто 2 грм.; изъ этого можно заключить, что выдѣленіе сульфатовъ уменьшено при дрожательномъ параличѣ, въ противуположность мнѣнію Бенсъ-Джонса относительно chorea. Впрочемъ, при этой болѣзни Леманъ и Груперъ всегда находили уменьшеніе сульфатовъ. Фогель, съ своей стороны, пришелъ къ тѣмъ же результатамъ; онъ думаетъ, что слѣдуетъ приписать противоположное заключеніе Бенсъ-Джонса неудовлетворительности анализа. (Прим. къ 2-му изданію).

[17]) У одной больной (L. Marie—Françoise), пространная исторія болѣзни ея помѣщена въ диссертаціи Клавелейра, дрожаніе совершенно исчезло за 2 дня до смерти (De la paralysie agitante, 1872, стр. 35).

ственныхъ казеознымъ пневмоніямъ, или бугорчаткѣ, которыя такъ часто обусловливаютъ смерть женщинъ, пораженныхъ склерозомъ въ разсѣянныхъ бляшкахъ или прогрессивною двигательною атаксіею.

Не такой, впрочемъ, самый частый родъ смерти при этой болѣзни. Въ самомъ дѣлѣ, смерть часто наступаетъ, вслѣдствіе осложненій другою болѣзнью. Три раза Труссо наблюдалъ, что причиной смерти была пневмонія. Я видѣлъ тоже самое у многихъ больныхъ, пораженныхъ дрожательнымъ параличемъ. Можетъ быть это случайная болѣзнь, зависящая отъ привычки, которую имѣютъ больные спать безъ одѣяла, даже въ самое холодное время года, вслѣдствіе ощущаемаго ими внутренняго жара? Мы не можемъ пока рѣшить этотъ вопросъ.

Не теряйте изъ виду, М.м. Г.г., что дрожательный параличъ вообще есть тяжелое пораженіе нервной системы, съ самой значительной продолжительностью страданія. Онъ можетъ длиться тридцать лѣтъ; болѣзненныя явленія одного только третьяго періода болѣзни продолжаются иногда четыре или пять лѣтъ, чему я самъ бывалъ свидѣтелемъ.

Если я желалъ изложить вамъ симптоматологію дрожательнаго паралича во всѣхъ подробностяхъ, то это потому, что она еще до сихъ поръ составляетъ все, что мы знаемъ изъ исторіи этой болѣзни.

Рѣдкія вскрытія больныхъ, сдѣланныя по настоящее время, которыхъ предполагали пораженными дрожательнымъ параличемъ, могутъ распадаться на три группы. Первая заключаетъ въ себѣ случаи, въ которыхъ не найдено никакихъ замѣтныхъ измѣненій, не смотря на самое тщательное изслѣдованіе. Существуетъ много фактовъ этого рода, намѣченныхъ у авторовъ. Я самъ наблюдалъ три случая дрожательнаго паралича рѣзко выраженнаго, въ которыхъ вскрытіе дало одни отрицательные результаты. Въ другой разъ въ протоколѣ вскрытія помѣчены весьма обыкновенныя измѣненія; въ немъ упомянута старческая атрофія мозга. Эта послѣдняя встрѣчается, какъ извѣстно и при полномъ отсутствіи всякихъ признаковъ дрожанія.

Вторая группа содержитъ въ себѣ наблюденія, опубликованныя нѣсколькими авторами, какъ-то: Бамбергеромъ, Лебертомъ, Шкодою — подъ заглавіемъ *paralysis agitans*. Въ этихъ наблюденіяхъ встрѣчаются измѣненія, по всей вѣроятности, относящіяся къ склерозу въ разсѣянныхъ

бляшкахъ. Таковы случаи Бамбергера, Леберта и Шкоды. Имѣли-ли они дѣло, въ самомъ дѣлѣ съ дрожательнымъ параличемъ, или передъ нами была клиническая картина склероза въ разсѣянныхъ бляшкахъ? Фактъ этотъ совершенно доказанъ, покрайней мѣрѣ, для случая Шкоды. Мы вернемся впрочемъ къ этому предмету.

Наконецъ къ послѣдней группѣ относятся наблюденія Паркинсона и Оппольцера. Въ наблюденіи Паркинсона, заимствованномъ имъ, впрочемъ у другаго, найдено было увеличеніе объема Вароліева моста, съ уплотненіемъ его, утолщеніе продолговатаго мозга и шейной части спиннаго мозга; кромѣ того, нервы языка и верхней конечности имѣли сухожилистый видъ. Эта-то послѣдняя подробность, а равно и другія помѣтки вскрытія отнимаютъ, по нашему мнѣнію, всякое научное достоинство у этого факта съ патолого-анатомической точки зрѣнія.

Что касается случая проф. Оппольцера, онъ, по моему мнѣнію, не болѣе убѣдителенъ, не смотря на значеніе, которое старались ему придать. При вскрытіи найдено также уплотненіе Вароліева моста и продолговатаго мозга, отнесенное послѣ изслѣдованія микроскопомъ, на долю гиперплязіи и пролиферациі соединительной ткани. Какой характеръ этой гиперплязіи? На этотъ вопросъ въ сообщеніи нѣтъ отвѣта. Въ нѣмецкомъ текстѣ вовсе не упоминается объ атрофіи нервныхъ элементовъ, ни о характерѣ жироваго перерожденія, между тѣмъ эти два патологическія измѣненія, неизвѣстно почему—перешли въ клиническія лекціи Труссо?

Предъидущія данныя указываютъ намъ, Мм. гг., что рѣшеніе вопроса о свойствѣ патолого-анатомическихъ измѣненій, лежащихъ въ основаніи дрожательнаго паралича, составляетъ еще удѣлъ будущаго [18]).

---

[18]) Съ тѣхъ поръ, какъ написана эта лекція (1868), Шарко имѣлъ случай произвести три новыхъ вскрытія. Измѣненія встрѣченныя имъ были двоякаго рода: одни, постоянныя въ этихъ трехъ случаяхъ (облитерація центральнаго мозговаго канала съ пролиферациею эпителіальныхъ элементовъ, выстилающихъ придатокъ (ependyma); кромѣ того пролиферація зеренъ, окружающихъ эпендиму; пигментація нервныхъ клѣточекъ, очень рѣзкая въ особенности въ клѣточкахъ везикулярнаго столба Кларка; другія же измѣненія встрѣтились только въ двухъ случаяхъ (размноженіе амилоидныхъ тѣлецъ); еще третьи—наблюдались только въ одномъ изъ нихъ (склеротическая бляшка на задней поверхности продолговатаго мозга).

Патологическая физіологія не опередила въ этомъ отношеніи анатомію. Вскорѣ я буду имѣть случай дать вамъ возможность убѣдиться въ вѣрности этого факта. Я не останавливаюсь болѣе на этомъ предметѣ, спѣша закончить клиническую исторію дрожательнаго паралича и изложу вамъ все, что намъ извѣстно относительно этіологіи и терапіи этой болѣзни. Ни та, ни другая не обширны. Терапія еще бѣднѣе, можетъ быть, этіологіи; ибо, по настоящее время, нѣтъ никакого врачебнаго средства, никакого метода леченія, которому можно бы приписать честь, не скажу исцѣленія, но даже значительнаго улучшенія въ случаяхъ несомнѣннаго дрожательнаго паралича.

Этіологія. Между *внѣшними причинами*, болѣе другихъ можно указать на двѣ—въ значительномъ числѣ случаевъ. Прежде всего стоитъ потрясеніе нервной системы: страхъ, ужасъ, неожиданная непріятность и проч. Примѣровъ, подтверждающихъ значеніе этихъ потрясеній нервной системы, имѣется множество въ наукѣ и факты, собранные нами, устраняютъ всякія сомнѣнія въ этомъ отношеніи.

Многія изъ женщинъ, страдающихъ дрожательнымъ параличемъ и пользуемыхъ нами въ Сальпетріеръ, при разспросѣ утверждали, что болѣзнь ихъ началась во время политическихъ несчастій, постигшихъ нашу родину. Довольно будетъ сослаться на жену жандарма, о которой мы уже упоминали нѣсколько разъ; она лежитъ подъ № 2, въ палатѣ св. Александра; она стала дрожать вслѣдъ за сильнымъ потрясеніемъ, причиненнымъ декабрскими происшествіями 1851 года. Кромѣ фактовъ, лично намъ извѣстныхъ, мы упомянемъ: во 1-хъ, случай Гиллере (Hillairet), помѣщенный въ нашемъ мемуарѣ, когда отецъ былъ свидѣтелемъ убіенія своего сына; во 2-хъ, случай, описанный Оппольцеромъ: житель Вѣны испугался близкаго взрыва бомбы [19]); наконецъ, третій случай

Въ наиболѣе характеристическомъ случаѣ не найдено вовсе измѣненій,—ни въ Варольевомъ мосту, ни въ продолговатомъ мозгу. Подробное описаніе у Joffroy;—Société de biologie, 1871.

[19]) Въ одной работѣ опубликованной въ 1873 въ Berliner klin. Wochenschr., n° 24, стр. 278, и проч., О. Котсъ исчисляетъ, нѣсколько случаевъ нервной болѣзни, бывшихъ въ наблюденіи въ Страсбургѣ, развитіе которой сами больные приписываютъ испугу отъ бомбардированія города. Авторъ съ благодушіемъ распространяясь объ этомъ грустномъ событіи, сообщаетъ, что число бомбъ, брошенныхъ въ Страсбургъ, простиралось до 193,722, что составляетъ, по его расчету, 6,249 въ день, 269 въ часъ,

Ванъ-Свитена, упомянутый въ его трудахъ. Въ этомъ послѣднемъ случаѣ имѣлъ мѣсто испугъ при внезапномъ пробужденіи, вслѣдствіе сильнѣйшаго удара грома. Увеличивать число примѣровъ очень легко, но мы этимъ не прибавимъ ничего новаго къ только что сказанному. Очень важно помнить, что у всѣхъ этихъ больныхъ дрожаніе слѣдовало немедленно, или почти немедленно за вызвавшею его причиною. Эта послѣдняя, имѣйте это въ виду, не придаетъ болѣзни никакого спеціальнаго характера.

Упомянемъ, на второмъ планѣ, *продолжительное дѣйствіе сыраго холода;* оно въ глазахъ нѣсколькихъ авторовъ достаточно, чтобы допустить ревматическое происхожденіе болѣзни. Во всякомъ случаѣ, одно важное обстоятельство говоритъ противъ этого объясненія: это то, что формы острого или хроническаго суставнаго ревматизма появляются рѣдко, какъ передъ заболѣваніемъ, такъ и втеченіи болѣзни. Иногда замѣчаютъ въ случаяхъ, гдѣ этіологическое вліяніе холода было несомнѣнно, однѣ только блуждающія, ревматическія, или невралгическія боли. Мы кстати можемъ сослаться на женщину, которую мы вамъ показывали и походка которой напоминаетъ походку большихъ толстокожихъ животныхъ. Эта женщина, занимавшаяся торговлей и печеніемъ вафель, жила болѣе десяти лѣтъ въ очень сыромъ нижнемъ этажѣ. Описаніе, сдѣланное ею самой объ этомъ нездоровомъ жильѣ, не оставляетъ ни малѣйшаго сомнѣнія во вредномъ его значеніи въ этіологическомъ отношеніи. Кромѣ того, она подвергалась, по роду своего ремесла, частымъ простудамъ.

Есть случаи, въ которыхъ эта причина, по нашему мнѣнію, далеко не играетъ той роли, которую ей приписываютъ. Такой случай упоминается Ромбергомъ и касается человѣка, ограбленнаго въ 1813 г. казаками въ зимнее время. — Слѣдуетъ ли здѣсь признавать вліяніе холода или ужаса?

Мы упомянемъ наконецъ о третьей причинѣ, не упоминаемой большинствомъ авторовъ, писавшихъ о дрожательномъ параличѣ, именно *о раздраженіи извѣстныхъ перифе-*

---

4 или 5 въ минуту. Между приводимыми имъ случаями, три, кажется, относятся къ дрожательному параличу (двѣ женщины—одна 51 года, другая 61, и одинъ мущина 56 лѣтъ (Прим. ко 2-му изданію) (Б.).

рическихъ нервовъ, вслѣдствіе раны или ушиба. Случай Дура, описанный Гаазомъ въ 1852 г. и упоминаемый Сандерсомъ, принадлежитъ, можетъ быть, къ этой этіологической группѣ.Онъ относится къ 19-лѣтней дѣвушкѣ у которой заноза воткнулась подъ ноготь правой ноги. Она почувствовала сильную боль, затѣмъ скоро появилось дрожаніе, которое ограничилось вначалѣ раненою ногою и впослѣдствіи распространялось постепенно дальше. Дрожаніе затѣмъ совершенно исчезло. Такъ какъ это совершенно исключительный исходъ, то мы имѣемъ право сомнѣваться въ томъ, что въ этомъ случаѣ имѣлъ дѣйствительно мѣсто дрожательный параличъ.

Жена одного изъ нашихъ сотоварищей изъ провинціи, которую я наблюдалъ, расшибла себѣ сильно лѣвое бедро, упавъ изъ экипажа. Спустя нѣкоторое время, въ ушибленномъ членѣ почувствовалась жестокая боль на протяженіи бедреннаго нерва, затѣмъ, не много позже, во всей этой конечности появилось дрожаніе. Прежде преходящее дрожаніе, сдѣлалось впослѣдствіи постояннымъ и распространилось наконецъ на другія конечности.

Съ предыдущимъ фактомъ можно сопоставить слѣдующій, относящійся къ повивальной бабкѣ, пораженной тоже дрожательнымъ параличемъ. Эту больную я наблюдалъ въ Сальпетріерѣ, она страдала, втеченіи многихъ лѣтъ, жестокою болью, локализированною по направленію нервовъ ноги и стопы. Эти части были поражены прежде другихъ дрожаніемъ. Эта боль противостояла самымъ энергическимъ средствамъ. Боль продолжалась до самой смерти больной, которой вскрытіе, къ несчастію, не могло быть сдѣлано.

Б. Мы только что указали на случаи, въ которыхъ вліяніе этіологическихъ моментовъ можетъ быть признаннымъ, но существуютъ и другіе, въ которыхъ самое внимательное изслѣдованіе не приводитъ ни къ какимъ результатамъ. Остается только разборъ *вліяній предрасполагающихъ*, къ которымъ мы теперь и обратимся.

Относительно *возраста*, мы должны замѣтить, что дрожательный параличъ не есть, какъ это утверждали, болѣзнь старости. Она начинается, это правда, послѣ 40 лѣтъ, слѣдовательно позже, чѣмъ склерозъ въ разсѣянныхъ бляшкахъ. Во всякомъ случаѣ, это правило не абсолютно: можно бы привесть нѣсколько случаевъ, гдѣ болѣзнь проявилась очень

рано—въ 20—лѣтнемъ возрастѣ, напр. какъ въ случаѣ, сообщеннамъ Дюшенемъ (изъ Булони) [20]).

Полъ не играетъ, кажется, никакой роли въ патогенезѣ дрожательнаго паралича: послѣдній одинаково часто бываетъ у мущинъ, какъ и у женщинъ.

Мы не имѣемъ точныхъ свѣденій, касательно *наслѣдственности*. Дрожательный параличъ не есть, подобно двигательной атаксіи въ извѣстныхъ обстоятельствахъ, и подобно мышечной прогрессивной атрофіи, болѣзнь семейная. Наблюденія, говорящія въ пользу противуположнаго мнѣнія, относятся къ частичнымъ видамъ дрожанія, не имѣвшимъ никакой наклонности къ распространенію; они относятся скорѣе къ классу—tics convulsifs.

Есть нѣсколько основаній предполагать, что англо-саксонская раса (Англія, Сѣверная Америка) преимущественно предъ другими поражаются этою болѣзнью. Извѣстія отъ врачей этихъ странъ, моя личная опытность, преимущественно сообщенія, которыми я обязанъ моему другу Браунъ-Секару, подтверждаютъ это мнѣніе. Но даже въ этихъ краяхъ, дрожательный параличъ составляетъ не совсѣмъ *обыкновенную* болѣзнь. Сандерсъ, въ статистикѣ, обнимающей Англію и Валлисъ въ промежуткѣ времени отъ 1855 по 1863 г. приводитъ 205 случаевъ смерти отъ дрожательнаго паралича, т. е. среднимъ числомъ 22 случая въ годъ (14 мущинъ, 8 женщинъ). Прибавимъ вообще, что эта болѣзнь стоитъ въ 5-томъ ряду, рядомъ съ двигательною атаксіею, въ этіологической таблицѣ болѣзней, встрѣчающихся въ Сальпетріеръ.

Леченіе. Еще одно слово, Мм. гг., о терапевтическихъ средствахъ. Дрожательный параличъ излечивается иногда-это несомнѣнно. Спрашивается — совершается ли это само,

---

[20]) Фіуръ опубликовалъ въ Journal de méd. et de chirurg. pratiques стр. 389, 1874, наблюденіе надъ одною дѣвушкою изъ отдѣленія Середей, которая была поражена дрожательнымъ параличемъ на 15 мъ или 16-мъ году жизни. «Къ концу осады Парижа, она спряталась въ погребѣ, чтобы укрыться отъ бомбъ какѣ вдругъ одна упала возлѣ нее и убила 3 или 4 человѣкъ. Въ испугѣ она потеряла сознаніе; спустя нѣсколько минутъ когда она пришла въ сознаніе, окружающіе замѣтили, что ея правая рука слегка дрожитъ, затѣмъ спустя нѣсколько времени тоже дрожаніе распространилось на туже нижнюю конечность». Она представляетъ въ настоящее время всѣ симптомы, характеризирующіе дрожательный параличъ; физіогномія, особенное держаніе головы, неподвижность взгляда, туловища, походки, перевѣшиваніе тѣла напередъ и назадъ; дрожаніе и т. д. (Б.). (Прим. ко 2-му изданію).

произвольно, или благодаря употребленнымъ средствамъ? Послѣднее весьма мало вѣроятно, для большинства этихъ счастливыхъ исходовъ, ибо средства, которымъ приписывали славу этого исцѣленія, въ другихъ случаяхъ оказались совершенно несостоятельными. Эліостонъ давалъ углекислое желѣзо, Браунъ-Секаръ *хлористый барій;* оба имѣли по одному счастливому исходу рядомъ съ отрицательными результатами. Дюшень (изъ Булони) видѣлъ также одинъ случай выздоровленія. Эти случаи доказываютъ, что дрожательный параличъ иногда излечивается. Однако мы должны сознаться, что намъ неизвѣстно какими силами природы, совершилось исцѣленіе.

Противъ этой болѣзни испытано все, или почти все. Между восхваляемыми врачебными средствами, которыя я безуспѣшно давалъ, перечислю только нѣкоторыя. *Стрихнинъ*, рекомендуемый Труссо (Journal de Beau), мнѣ показался скорѣе усиливающимъ ее. *Маточные рожки*, *сонная одурь* (Belladona), прописываемыя, какъ анти-спазматическія средства, не дали мнѣ блестящихъ результатовъ. Скажу тоже самое объ *опіи*, увеличивающемъ, напротивъ, рефлекторную раздражительность; ему приписывали умѣряющее вліяніе на дрожаніе, такъ какъ онъ уменьшаетъ боли. Въ послѣднее время я употреблялъ *гіосціаминъ*; нѣкоторые больные чувствовали отъ этого облегченіе; дѣйствіе этого средства впрочемъ совершенно палліативное.

Огль давалъ безуспѣшно калаборскіе бобы. Что касается азотнокислаго серебра, то оно, казалось, всегда усиливало судороги; это тѣмъ болѣе удивительно, что въ склерозѣ въ разсѣянныхъ бляшкахъ, оно приноситъ иногда значительное улучшеніе, уменьшая силу дрожанія [21]).

Наконецъ мы упомянемъ объ употребленіи *электричества*, которое, по мнѣнію нѣкоторыхъ врачей, излечило многихъ больныхъ. Въ этихъ случаяхъ, впрочемъ, не умѣст-

[21]) Эйленбургъ недавно рекомендовалъ подкожное впрыскиваніе раствора, состоящаго изъ одной части мышьяковистаго кали и двухъ частей воды (Berl. Klin. Wochenschr., 1872). Этотъ методъ леченія, употребленный нами въ отдѣленіи Шарко, не далъ никакихъ удовлетворительныхъ результатовъ (Progrès méd., 1874, стр. 255). Мы также прописывали бромистую камфору (bromure de camphre) двумъ больнымъ изъ отдѣленія Шарко, уже давно пораженнымъ дрожательнымъ параличемъ. Въ первыя недѣли замѣчалось улучшеніе, но это улучшеніе было непродолжительно. Можетъ быть это средство умѣстнѣе въ случаѣ болѣе свѣжихъ Б.). (Прим. ко 2-му изданію).

ны ни статическое электричество, ни прерывистый токъ. Эти врачебныя средства, приносящія, какъ говорятъ, пользу при пляскѣ св. Витта, совершенно безсильны при дрожательномъ параличѣ, по крайней мѣрѣ, Gull пришелъ къ такимъ заключеніямъ. Необходимо примѣнить *постоянный токъ*. Нѣтъ надобности, Мм. гг., напоминать вамъ, что физіологическое и терапевтическое дѣйствіе упомянутыхъ токовъ весьма различны. Какъ бы то ни было, но извѣстны два наблюденія, при которыхъ этотъ способъ леченія оказался умѣстнымъ. Первое принадлежитъ Ремону, второе Росселю Рейнольдсу. Поэтому при случаѣ можно прибѣгать къ леченію постояннымъ токомъ.

ЛЕКЦІЯ ШЕСТАЯ.

О СКЛЕРОЗѢ ВЪ ФОРМѢ РАЗСѢЯННЫХЪ БЛЯШЕКЪ. — ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМІЯ.

Содержаніе. Исторія ученія о разсѣянныхъ склеротическихъ бляшкахъ. Періодъ французскій;—періодъ нѣмецкій;—новыя французскія изслѣдованія.

Микроскопическая патологическая анатомія. Внѣшній видъ склеротическихъ бляшекъ. Ихъ распредѣленіе—въ мозгу, въ мозжечкѣ, въ Вароліевомъ мосту, продолговатомъ и спинномъ мозгу. Склеротическія бляшки на нервахъ. Форма спинная, мозговая или продолговато-мозговая, спинномозговая. Свойства бляшекъ: цвѣтъ, консистенція и т. д.

Микроскопическая анатомія. Замѣтка о нормальной гистологіи спиннаго мозга. Нервныя трубки. Невроглія; ея распредѣленіе. Кортикальный слой сѣти. Свойства неврогліи. Вліяніе хромовой кислоты. Артеріальные капилляры.

Гистологическіе признаки склерозированныхъ бляшекъ. Поперечные разрѣзы: периферическій поясъ; — дегенеративный поясъ;—центральная область. Продольные разрѣзы. Измѣненія склеротическихъ бляшекъ въ свѣжемъ состояніи. Послѣдовательныя гистологическія измѣненія послѣ перерѣзки нервовъ. Жировыя грануляціи на свѣжихъ препаратахъ склеротическихъ бляшекъ. Измѣненія нервныхъ клѣтокъ. Способъ слѣдованія измѣненій.

Мм. Гг., въ послѣдней нашей лекціи я настаивалъ на различіи, которое слѣдовало бы установить между двумя видами дрожанія. Я тогда уже сказалъ, что ихъ можно было бы раздѣлить на двѣ группы: одну, въ которой дрожаніе въ нѣкоторомъ родѣ постоянно, и другую, гдѣ дрожаніе происходитъ подъ вліяніемъ произвольныхъ движеній. Потомъ, исходя изъ этого замѣчанія, я привелъ вамъ, какъ примѣръ первой группы, дрожательный параличъ, исторія котораго тоже приведена вкратцѣ. Мимоходомъ, я упомянулъ о нѣко-

торыхъ признакахъ, которые позволяютъ въ настоящее время отличить эту болѣзнь отъ другаго страданія, до сихъ поръ часто смѣшиваемаго съ нею — *склероза въ разсѣянныхъ бляшкахъ*.

Страданіе это представляетъ намъ настоящій типъ дрожанія второй группы, т. е. появляющагося только при извѣстныхъ условіяхъ, которому мы и посвятимъ эту и слѣдующія лекціи. Анатомически, склерозъ въ разсѣянныхъ бляшкахъ представляетъ совершенно ясно выраженное патологическое страданіе; клинически же намъ придется пополнить множество пробѣловъ. Начнемъ съ исторіи.

Историческія замѣтки.

Впервые склерозъ въ бляшкахъ мы находимъ въ Atlas d'anatomie pathologique Крювелье (1835—1842), превосходномъ сочиненіи, въ которое слѣдовало бы заглядывать почаще всѣмъ тѣмъ, кто хочетъ избѣжать разочарованія въ запоздалыхъ второстепенныхъ открытіяхъ по части патологической анатоміи. Въ 22-ой и 23-ей книгахъ этого изданія вы найдете рисунки склероза въ разсѣянныхъ бляшкахъ; тутъ же въ текстѣ вы найдете нѣкоторыя клиническія наблюденія къ которымъ они относятся. Я пользуюсь этимъ обстоятельствомъ, чтобы порекомендовать вамъ прочитать замѣчательную главу о параплегіяхъ. Ранѣе этого времени, сколько мнѣ извѣстно, нигдѣ не встрѣчается и намека на склерозъ въ бляшкахъ.

Послѣ Крювелье, Карсуэль, въ отдѣлѣ Atrophy — своего атласа (1838) представляетъ рисунки болѣзненныхъ измѣненій, относящихся къ склеротическимъ бляшкамъ. Но авторъ этотъ, собравшій матеріалы для своего произведенія, преимущественно въ госпиталяхъ Парижа, не упоминаетъ однако ни объ одномъ клиническомъ наблюденіи. Даже въ настоящее время я не думаю, чтобы склерозъ въ бляшкахъ былъ извѣстенъ въ Англіи [1]). Я не нашелъ никакого указанія на нихъ, ни въ клиническихъ сочиненіяхъ, публикованныхъ въ этой странѣ, ни даже въ драгоцѣнномъ сборникѣ Gull' [2]).

Такимъ образомъ, до сихъ поръ главнѣйшія свѣденія были собраны во Франціи. Начиная съ этого времени, втеченіи нѣсколькихъ лѣтъ, вопросъ этотъ былъ почти со-

[1]) Лекція эта была читана въ 1868 году.
[2]) Cases of Paraplegia, въ Guy's Hospit. Rep. 1856—1858.

вершенно забытъ и новыя указанія на него мы встрѣчаемъ уже въ Германіи. Въ 1853 году, Людвигъ Тюркъ опубликовалъ нѣсколько случаевъ очевидно, относящихся къ склерозу въ бляшкахъ; однако, каждый разъ его преимущественно поражала физіологическая сторона явленія [3]). Рокитанскій указываетъ на нихъ въ своемъ сочиненіи [4]); Фрерихсъ [5]), Валентинеръ [6]) сообщаютъ два наблюденія. Риндфлейшъ [7]), Лейденъ [8]), Ценкеръ [9]) въ свою очередь способствуютъ разрѣшенію этой задачи. Но пробѣлы надлежало пополнить, новыя изслѣдованія были необходимы. Во Франціи, именно въ Сальпетріеръ, снова было обращено вниманіе на склерозъ въ бляшкахъ. Уже съ 1862 года, я и Вульпіанъ—мы могли констатировать нѣсколько примѣровъ. М. Бушаръ, основываясь на фактахъ, собранныхъ въ Сальпетріеръ, возвращается къ этому предмету въ одной статьѣ, читанной на медицинскомъ конгрессѣ въ Ліонѣ.

Въ вышеприведенномъ перечисленіи, мы имѣли преимущественно въ виду тѣ работы, которыя имѣютъ отношенія къ патологической анатоміи, предполагая позднѣе остановиться на такихъ, которыя содержатъ и клиническія подробности. Къ свѣденіямъ, которыя сообщаютъ намъ упомянутые авторы, мы прибавимъ еще взятыя изъ неизданныхъ наблюденій и чтобы облегчить пониманіе нашихъ изслѣдованій, мы представимъ вамъ анатомическіе препараты, которые удалось сохранить.

Микроскопическая анатомія.

Склерозъ въ разсѣянныхъ бляшкахъ, Мм. гг., не представляетъ страданія исключительно спинно-мозговаго. Онъ пора-

---

[3]) Beobachtungen über das Leitungsvermögen des menschlichen Rueckenmarks. (Sitzungsberichte der Kais. Akademie d. Wissenschaften, mathem. naturw. Classe, t. XVI, 1855, стр. 229.

[4]) Lehrbuch d. pathol. Anatomie. 1856, Zweiter Band, стр. 488.

[5]) Haeser's Archiv, Band X.

[6]) Uber die Sclerose des Gehirns und Rueckenmarks (Deutsche Klinik. 1856, № 14).

[7]) Histologische Detail zu der grauen Degeneration von Hirn und Rueckenmark (Virchows Arch. B. XXVI, Heft 6, стр. 474).

[8]) Ueber graue Degeneration d. Rueckenmarks (Deutsche Klinik № 13, 1867).

[9]) Ein Beitrag zur Sclerose des Hirns und Rueckenmarks, (Zeitschr. f. rat. Medizin. Bd XXIV, Heft. 2 und 3).

жаетъ также легко мозгъ, Вароліевъ мостъ, мозжечекъ, какъ и спинной мозгъ. Мы перечислимъ поэтому измѣненія, которыя открываются, въ случаяхъ болѣе выраженныхъ, въ различныхъ отдѣлахъ нервной системы.

Здѣсь мы имѣемъ дѣло, господа, съ измѣненіями относительно очень значительными, такъ что удивляешься, что столь долгое время оно могло оставаться незамѣченнымъ. На рисункахъ, которые я представляю вамъ и гдѣ измѣненія переданы совершенно вѣрно, вы видите спинной мозгъ, пронизанный сѣроватыми бляшками, болѣе или менѣе неправильной формы, однако ясно ограниченными и совершенно отдѣленными отъ окружающихъ частей (см. Рис. III и IV).

Эти бляшки или крапинки, то болѣе скученныя, то болѣе разбросанныя, что вы можете констатировать сами, разсѣяны, безъ всякой видимой правильности и какъ бы случайно, на различныхъ точкахъ. Продолговатый мозгъ тоже не пощаженъ ими (рис. 1, фиг. 1 и 3). Часто также бываютъ поражены различные отдѣлы головнаго мозга.

Однако мы не можемъ ограничиться этимъ простымъ осмотромъ и намъ необходимо войти въ подробности правильнаго описанія. Прежде всего мы должны сказать, что *одинъ только внѣшній осмотръ* дастъ намъ крайне неполное понятіе объ измѣненіи. Бляшки, пятна, о которыхъ мы говоримъ, не бываютъ поверхностны; онѣ представляютъ настоящія гнѣзда или фокусы, проникающіе въ глубину ткани. Часто только разрѣзъ открываетъ присутствіе бляшекъ, скрытыхъ въ глубинѣ.

Прежде всего изслѣдуемъ *черепной мозгъ*. Общій видъ собственно *мозга*, не представляетъ никакого измѣненія ни въ своей формѣ, ни даже, можемъ прибавить, въ цвѣтѣ, такъ какъ бляшки очень рѣдко встрѣчаются на сѣромъ веществѣ извилинъ. Однако совершенно иначе дѣло представляется въ центральныхъ частяхъ. Въ самомъ дѣлѣ, мы находимъ бляшки, преимущественно въ области желудочковъ, въ бѣломъ веществѣ centri ovalis, въ septum pelucidum, мозолистомъ тѣлѣ corp. callosum и, наконецъ, въ извѣстныхъ частяхъ сѣраго вещества (зрительные бугры, полосатое тѣло. Рис. II, фиг. 1 и 2).

Мозжечекъ представляетъ преимущественно бляшки, лежащія въ глубинѣ и занимающія главнымъ образомъ ромбоидальное тѣло. (Рис. I, фиг. 1 и 2).

Продолговатый мозгъ, *Вароліевъ мостъ* и различные отдѣлы isthmi представляютъ очень частое мѣстонахожденіе склеротическихъ бляшекъ, гдѣ онѣ бываютъ одновременно и поверхностными и глубоко-лежащими. Въ продолговатомъ мозгу бляшки встрѣчаются на оливахъ, пирамидахъ, corpora restiformia, а также на заднемъ отдѣлѣ его, гдѣ находятся начала нервовъ, происходящихъ изъ продолговатаго мозга. Что касается Вароліева моста, то бляшки обыкновенно сидятъ на передне-нижней части его. Если посмотрѣть выше, то окажутся пораженными итительныя тѣла (corpor. mammillaria) и мозговыя ножки. (Рис. I, фиг. 1 и 3).

Теперь мы переходимъ къ *спинному мозгу*. Сквозь мягкую мозговую оболочку часто можно замѣтить сѣрыя пятна, при доступѣ воздуха принимающія розоватый оттѣнокъ, похожій на лососину. Однако только по снятіи этой оболочки, которое производится безъ труда, можно ясно замѣтить измѣненія. Они поражаютъ всѣ отдѣлы спиннаго мозга (шейный, грудной и поясничный), не щадя бороздъ, и встрѣчаются, какъ въ сѣромъ, такъ и бѣломъ веществахъ. (Рис. III и IV).

Самые *нервы* не избавлены отъ склеротическаго процесса. Часто можно видѣть, что у своего начала изъ мозга они выходятъ изъ бляшки; въ остальномъ же они совершенно нормальны; въ другихъ случаяхъ такія склеротическія бляшки находятъ на ихъ протяженіи и бляшки эти совершенно схожи съ такими же въ нервныхъ центрахъ, по крайней мѣрѣ на нервахъ, сосѣднихъ съ центрами. Наблюденія Вульпіана и Ліувилля, часто повторяемыя съ тѣхъ поръ, не оставляютъ никакого сомнѣнія на этотъ счетъ. Къ *черепнымъ* нервамъ, которые представляютъ склеротическія бляшки, относятся нервы зрительные, обонятельные и 5-й пары. Что касается нервовъ, исходящихъ изъ продолговатаго мозга, то мы знаемъ только, что бляшки были наблюдаемы на переднихъ и заднихъ корешкахъ; были ли нервы измѣнены на своемъ протяженіи, внѣ позвоночника, намъ неизвѣстно. (См. Рис. I, фиг. 1 и 3, *a* и *b*).

Я не буду останавливаться далѣе на топографіи склеротическихъ бляшекъ, во всякомъ случаѣ, Мм. Гг., я не могу не обратить вашего вниманія на тотъ интересъ, который связанъ съ этимъ.

Вы видите, въ самомъ дѣлѣ, что бляшки наблюдаются въ самыхъ разнообразныхъ отдѣлахъ нервныхъ центровъ, и очевидно, что это разнообразіе мѣстонахожденія ихъ должно

соотвѣтствовать самымъ разнымъ функціональнымъ разстройствамъ. Этимъ прежде всего и преимущественно опредѣляется характеръ болѣзни. Къ этому мы еще возвратимся; въ настоящее же время замѣтьте, что разнообразіе въ мѣстонахожденіи необходимо обусловливаетъ тѣ дѣленія, которыя мы встрѣтимъ въ клиникѣ. Бляшки занимаютъ исключительно то спинный мозгъ (*форма спинно-мозговая*), то онѣ преобладаютъ въ большомъ мозгу (*форма цефалическая*), наконецъ одновременное существованіе ихъ въ спинномъ и черепномъ мозгу соотвѣтствуетъ *цереброспинальной формѣ*.

Чтобы окончить съ макраскопическою анатоміею, мнѣ остается только указать на главнѣйшія свойства, которыя представляютъ бляшки, разсматриваемыя отдѣльно.

Иногда бляшки бываютъ выдающимися, какъ бы набухшими; въ другомъ случаѣ онѣ стоятъ на одномъ уровнѣ съ окружающими частями; наконецъ если онѣ существуютъ давно, то являются вдавленными.

Цвѣтомъ онѣ похожи на сѣрое мозговое вещество, отъ котораго ихъ трудно отличить; однако, при доступѣ воздуха, онѣ принимаютъ розоватый оттѣнокъ, причемъ можно замѣтить въ нихъ многочисленные сосуды.

Бляшки эти плотны и при разрѣзѣ даютъ гладкія поверхности, съ которыхъ стекаетъ прозрачная жидкость.

Таковъ, Мм. Гг., анатомическій видъ разсѣянныхъ склеротическихъ бляшекъ. Теперь намъ необходимо изучить самыя мельчайшія подробности ихъ гистологическаго строенія.

Чтобы съ пользою уяснить себѣ все, что относится къ этой сложной и трудной работѣ, я попрошу вашего полнаго вниманія и снисхожденія.

Микроскопическая анатомія

Методъ, которому нужно слѣдовать очень простъ. Мы должны исходить изъ нормальныхъ условій и разъ зная эти послѣднія, намъ будетъ нетрудно вывести понятія и о болѣзненныхъ условіяхъ. Предварительное знакомство съ нормальными свойствами тѣхъ тканей и органовъ, которые мы изучаемъ, вы, безъ сомнѣнія, уже усвоили себѣ, а потому мы, по всей справедливости, можемъ прямо приступить къ изученію самыхъ измѣненій. Вы знаете, что гистологія нервныхъ центровъ, въ нѣкоторыхъ отношеніяхъ, еще очень нова; существуетъ еще порядочное количество воп-

росовъ, ожидающихъ рѣшенія и, все-таки, для пониманія патологическихъ измѣненій, совершенно не безразлично имѣть опредѣленное мнѣніе относительно этихъ вопросовъ. Эти соображенія побуждаютъ насъ возобновить въ вашей памяти, по крайней мѣрѣ въ общихъ чертахъ, извѣстныя основныя положенія нормальной анатоміи. Къ тому же, мы займемся спиннымъ мозгомъ—органомъ менѣе сложнымъ и болѣе доступнымъ пониманію, чѣмъ головной мозгъ. Наконецъ, чтобы ограничить область нашего изслѣдованія, мы обойдемъ молчаніемъ описаніе собственно нервныхъ элементовъ, трубокъ и клѣтокъ; мы не будемъ говорить объ ихъ взаимномъ отношеніи и способѣ ихъ группировки,—группировки, которая обусловливаетъ такъ называемое сѣрое и бѣлое вещество. Мы хотимъ только обратить ваше вниманіе на соединительную ткань, окружающую со всѣхъ сторонъ эти элементы. Исторія этой соединительной ткани, главнымъ образомъ, для патолого-анатома имѣетъ особенный интересъ, потому что ей по преимуществу нужно приписать главную роль въ извѣстныхъ измѣненіяхъ нервныхъ центровъ и особенно въ случаѣ, который насъ занимаетъ въ настоящую минуту [40]).

I.

А.—Мнѣ кажется, что всего удобнѣе будетъ начать изслѣдованія тонкихъ, прозрачныхъ, поперечныхъ разрѣзовъ кусковъ спиннаго мозга, достаточно оплотнѣвшихъ въ хромовой кислотѣ и окрашенныхъ карминомъ. Карминъ въ данномъ случаѣ неоцѣнимый реактивъ. Благодаря ему, извѣстные элементы, имѣющіе свойство подъ вліяніемъ его принимать бо́льшее или мѣньшее окрашеніе, представляются вслѣдствіе этого гораздо рельефнѣе, тогда какъ другіе сохраняютъ свой обыкновенный видъ. Такъ ганглій, ихъ ядра, ядрышки, а также отростки этихъ клѣтокъ сильно окраши-

[40]) Извѣстно, что первыя изслѣдованія о соединительной ткани спиннаго мозга относятся къ 1810 г. и приписываются Кейфелю; но, мнѣ извѣстно, что Крювелье въ своей статьѣ—Apoplexie, въ Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, изданномъ въ 1820 г., говоритъ слѣдующее: „le tissu cellulaire séreux extrêmement délié qui unit et sépare les fibres cérébrales et qui forme une trame excessivement tenue". (Loc. cit, стр. 209)

ваются подъ вліяніемъ этого реактива. Вещество соединительной ткани также окрашивается на всемъ своемъ протяженіи, хотя гораздо менѣе; что же касается нервныхъ трубокъ, то окрашеніе ограничивается только осевымъ цилиндромъ ихъ, міэлиновая же оболочка абсолютно противустоитъ дѣйствію кармина.

Всѣ потребности этого способа приготовленія рельефно ясныхъ препаратовъ, вы можете прослѣдить по таблицамъ Дейтерса [11]), которыя я вамъ представляю; такъ же легко вы найдете ихъ на этихъ превосходныхъ препаратахъ, которымъ я обязанъ любезности нашего собрата, Локгарта Кларке. Лучше всего начать изслѣдованіе при помощи слабаго увеличенія.

На препаратахъ, какъ и на рисункахъ, части, принадлежащія бѣлому веществу мозга, представляются вамъ съ перваго взгляда какъ бы состоящими изъ правильно-кругловатыхъ тѣлецъ, родъ дисковъ равнаго діаметра, лежащихъ одинъ около другого. Это тонкіе цилиндрическіе отрѣзки, происходящіе отъ разрѣза нервныхъ трубокъ, которые въ этой части спиннаго мозга расположены большею частью по длинной оси органа, параллельно между собою. Въ центрѣ этихъ дисковъ, состоящихъ въ остальномъ изъ неокрашеннаго міэлина, вы замѣчаете прозрачную блестящую точку, вѣрнѣе шарикъ, который и есть окрашенный въ красный цвѣтъ осевой цилиндръ.

Однако болѣе тщательное изслѣдованіе покажетъ вамъ скоро, что разсматриваемые диски не совсѣмъ смежны между собою, что, на оборотъ, они довольно отчетливо отдѣлены одинъ отъ другого веществомъ, по виду гомогеннымъ, менѣе окрашеннымъ карминомъ, которое, подобно цементу, выполняетъ всѣ промежутки между нервными элементами. Это вещество и есть вышеупомянутая *соединительная ткань,* какъ мы ее называемъ, или же какъ другіе называютъ или *невроглія* (Вирховъ) и—*reticulum* (Кёлликеръ). Изучая способъ ея распредѣленія въ различныхъ частяхъ препарата, вы признаете, что она составляетъ очень существенную часть массы органа. Замѣтьте прежде всего, что на периферіи препарата она образуетъ родъ кольца или, лучше, оболочки, извѣстной ширины, гдѣ нервныя трубки

[11]) O. Deiters. —Untersuch. über Gehirn und Rueckenmark. Braunschweig 1865. Табл. III, фиг. 12.

совершенно отсутствуютъ. Оболочка эта снаружи раскрыта и, такъ сказать, покрывается мягкой мозговой оболочкой, съ которой она находится въ очень слабой связи. Къ тому же она отличается отъ этой послѣдней и строеніемъ, такъ какъ мягкая мозговая оболочка представляетъ волокнистую соединительную ткань, совершенно отличную отъ невроглiи. Она была тщательно описана Биддеромъ и Фроманомъ, которые называютъ ее *кортикальнымъ слоемъ* (Rindenschicht) сѣтчатой ткани (reticulum). Позднѣе мы увидимъ, что съ точки зрѣнія патологической, она представляетъ иногда несомнѣнный интересъ [12]).

Съ внутренняго края этой оболочки или кортикальнаго слоя, можно замѣтить начинающіяся мѣстами и расходящіяся перегородки, направляющіяся къ центру мозга, который онѣ дѣлятъ на равные, почти треугольные, промежутки, основаніе которыхъ находится на периферіи, вершина же теряется въ сѣромъ веществѣ. Эти самыя перегородки по пути даютъ начало перекладинамъ вторичнымъ, потомъ третичнымъ, подраздѣляющимся въ свою очередь. Развѣтвленія эти, перекрещиваясь и анастомозируя между собою, образуютъ сѣть съ неравными промежутками. Болѣе широкіе промежутки содержатъ въ формѣ пучковъ—отъ восьми до десяти и даже болѣе нервныхъ трубочекъ; болѣе же узкія содержатъ, по большей части, только одну такую трубочку. Сѣтчатое расположеніе, о которомъ идетъ рѣчь, всего нагляднѣе представляется на тѣхъ мѣстахъ препарата, гдѣ, благодаря распредѣленію нервныхъ трубокъ, остовъ соединительной ткани остается совершенно изолированнымъ.

Въ сѣромъ мозговомъ веществѣ невроглія играетъ роль еще болѣе существенную, чѣмъ въ бѣломъ. И въ самомъ дѣлѣ мы находимъ отдѣлы сѣраго вещества, гдѣ послѣднее почти состоитъ изъ соединительной ткани, таковы напр. края центральнаго канала, канатикъ эпендины. Преобладаетъ она также въ тѣхъ частяхъ заднихъ корешковъ, которыя извѣстны подъ именемъ студенистаго вещества Роланда, въ задней спайкѣ, которая, подъ вліяніемъ кармина, принимаетъ почти повсемѣстно розоватое окрашеніе, тогда какъ передняя спайка, благодаря многочисленнымъ поперечно-идущимъ нервнымъ трубочкамъ, менѣе измѣняется реактивомъ. Въ сѣромъ

[12]) C. Frommann.—Untersuch. ueber die normale und pathologische Anatomie des Rueckenmarkes. Jena 1864.

веществѣ такъ же, какъ и въ бѣломъ, невроглія представляетъ сѣтчатое строеніе, только въ первомъ болѣе многочисленныя перекрещиванія перекладинъ образуютъ болѣе узкіе промежутки, такъ что ткань представляется губчатой. Впрочемъ, въ обоихъ случаяхъ она служитъ опорой кровеноснымъ сосудамъ.

Б.—Теперь необходимо, при помощи сильнѣйшаго увеличенія, узнать гистологическое строеніе этой соединительной ткани, которую мы знаемъ пока только по наружнымъ ея признакамъ. Не имѣемъ ли мы здѣсь дѣло съ простою соединительною тканью (пластинчатой, волокнистой)? Конечно, нѣтъ—и въ этомъ всѣ согласны. Но за исключеніемъ этого, чисто отрицательнаго соглашенія, въ гистологіи невроглія все остается спорнымъ. Какъ бы то ни было, одно мнѣніе имѣетъ перевѣсъ надъ другими и мнѣніе это, на сколько я могу судить по впечатлѣніямъ, основаннымъ на личномъ наблюденіи, всего ближе приближается къ дѣйствительности. Согласно этому воззрѣнію, невроглія построена, подобно стромѣ лимфатическихъ желѣзъ, по типу *простой ретикулярной соединительной ткани* (Кёлликеръ), т. е. что она состоитъ изъ звѣздчатыхъ клѣтокъ, вообще бѣдныхъ протоплазмою, снабженныхъ тонкими развѣтвляющимися отростками, которые, соединяясь между собою своими развѣтвленіями, связываетъ въ одну систему различныя клѣтки и дѣлаютъ изъ нихъ такимъ образомъ одно цѣлое. (Кёлликеръ, [13]) Максъ Шульце, Фромманъ [14]). Въ петляхъ такой сѣтчатой ткани находится очень мало аморфнаго вещества, а промежуточное волокнистое вещество, составляющее главную принадлежность такой пластинчатой ткани, здѣсь совершенно не существуетъ.

Посмотримъ въ настоящее время, что даетъ намъ прямое наблюденіе препаратовъ мозга оплотнѣлыхъ въ хромовой кислотѣ и окрашенныхъ карминомъ. И здѣсь, какъ и въ стромѣ лимфатическихъ желѣзъ, нужно различать прежде всего клѣтки и затѣмъ сѣть фиброзныхъ перекладинъ, связывающихъ эти клѣтки между собою.—Мы начнемъ съ бѣлаго вещества.

Въ тѣхъ мѣстахъ сѣти, гдѣ нѣсколько перекладинъ встрѣчаются между собою, онѣ образуютъ утолщенія или *узлы* болѣе или менѣе широкіе, расположенные почти на одинаковомъ

[13]) Kölliker,—Gewebelehre, 5-е изд. Leipzig 1867, § 108.
[14]) Loc. cit.

разстояніи одинъ отъ другого. Затѣмъ, каждый изъ этихъ узловъ, особенно же тѣ, которые отличаются своими большими размѣрами, представляетъ въ своей центральной части ясно очерченное тѣльце, круглое или слегка овальное и болѣе интензивно окрашенное карминомъ, чѣмъ сосѣднія части. Эти тѣльца суть ядра съ ясными контурами, слегка зернистыя, лишенныя ядрышка и величиною отъ 0.004 до 0,007 мм.,

Они растворимы въ уксусной кислотѣ, которая въ полномъ смыслѣ слова заставляетъ ихъ сокращаться и уменьшаться въ объемѣ, часто до половины. Они извѣстны подъ именемъ міэлоцитовъ (*myelocites*—Ch. Robin). [15]) или же *ядеръ невроглiи* (Вирховъ [16]). Часто ядра эти окружены легкимъ слоемъ протоплазмы безъ видимаго клѣточнаго строенія (ядрообразные міэлоциты), иногда же на оборотъ они окружены настоящей клѣткой, кругловатой или звѣздчатой формы (ячейкообразные міэлоциты), снабженной болѣе или менѣе многочисленными (отъ 3—10 по Фромману) и болѣе или менѣе длинными отростками [17]). Отростки, безъ замѣтной границы переходятъ въ трабекулы сѣти, которыя служатъ ихъ продолженіемъ. Въ случаяхъ, когда ячеистое строеніе недостаточно ясно, ядра, обнаженныя или покрытыя тонкимъ слоемъ протоплазмы, представляются какъ-бы центромъ, откуда перекладины сѣти уже расходятся въ различныя стороны.

Въ свою очередь и перекладины сѣти должны быть изучаемы и разсматриваемы независимо отъ связи, въ которой онѣ находятся, какъ съ ядрами, такъ и съ клѣточками, которыя занимаютъ узлы сѣти. Строеніе ихъ нѣсколько различно, будутъ ли онѣ разсматриваемы въ поперечномъ или въ продольномъ направленіяхъ. Въ первомъ случаѣ онѣ похожи на тонкія, гомогенныя, блестящія трабекулы фибрознаго вида. Аностомозируя между собою, онѣ образуютъ промежутки, изъ которыхъ самые узкіе еще настолько широки, что содержатъ одну нервную трубочку. Что касается продольныхъ разрѣзовъ, то при нихъ мы видимъ, что трабекулы развѣтвляются почти

---

[15]) Robin.—Programme du cours d'histologie, 1864, стр. 46.—Dictionnaire encyclopédique. 2-e Série t. I, 1-ère partie, art. Lamineux стр. 284.

[16]) Virchow.—Die Krankhaften Geschwülste, 1864—65. t. II стр. 127.

[17]) Относительно этого предмета см. Hayem и Magnan,—Journal de Physiologie imроч. № 1877.—Hayem,—Etudes sur les diverses formes d'encéphalite, 1868.

до безконечности и образуютъ сѣть еще съ болѣе мелкими петлями. Кромѣ того, сѣть эта расположена въ формѣ перегородокъ, которыя отдѣляютъ нервныя трубочки и окружаютъ ихъ на подобіе влагалища. Пустые промежутки, встрѣчающіеся тамъ и сямъ между влагалищами и нервными трубочками, кажутся выполненными небольшимъ количествомъ аморфнаго мелкозернистаго вещества. Въ нормальномъ состояніе, среди этихъ трабекулъ никогда не встрѣчаютъ тонкихъ волоконецъ, составляющихъ неотъемлемую принадлежность пластинчатой ткани.

Въ сѣромъ веществѣ, невроглія построена по тому же общему плану, только петли фиброзной сѣти, особенно въ тѣхъ, въ корыхъ нѣтъ нервныхъ элементовъ, болѣе узки, чѣмъ въ бѣломъ веществѣ. Отъ этого и происходитъ губчатый видъ, о которомъ мы говорили выше. Прибавимъ къ этому, что звѣздчатыя клѣточки въ нѣкоторыхъ мѣстахъ сѣраго вещества многочисленнѣе, чѣмъ гдѣ либо въ другомъ мѣстѣ и что иногда онѣ бываютъ на столько развиты, что ихъ съ трудомъ можно отличить отъ нервныхъ клѣточекъ. Относительно послѣдняго пункта мы еще поговоримъ впослѣдствіи.

Такая густая фиброзная сѣть, съ узкими петлями и многочисленными ячейками встрѣчается также и въ нѣкоторыхъ частяхъ бѣлыхъ пучковъ, гдѣ не существуетъ нервныхъ трубочекъ, напр. въ кортикальномъ слоѣ, а также въ большихъ перегородкахъ, которыя берутъ тамъ свое начало.

Если придерживаться вышеприведеннаго описанія, то невроглія несомнѣнно должна быть отнесена въ типу сѣтчатой соедительной ткани, существенныя свойства которой мы уже знаемъ.

Однако это сдѣлано, какъ вы сами помните, на основаніи наблюденій препаратовъ спиннаго мозга, подвергавшихся болѣе или менѣе долгое время дѣйствію хромовой кислоты. Но стоятъ ли результаты, полученные при такомъ способѣ приготовленія препаратовъ, внѣ всякой критики? Не таково мнѣніе нѣкоторыхъ изъ авторовъ, между которыми прежде всего слѣдуетъ упомянуть такихъ ученыхъ, какъ Генле и Ш. Робенъ [18]). Согласно имъ, вышеописанная фиброзная сѣть въ дѣйствительности не существуетъ, она есть только искуст-

[18]) Dictionnaire encyclopédique. loc. cit.

венный продуктъ. Въ свѣжемъ состояніи, до употребленія реактивовъ, промежуточныя пространства между нервными трубочками выполнены не плотными трабекулами, образующими своимъ распредѣленіемъ петли сѣти, а просто жидковатой аморфной сѣроватой массой, мелко зернистой, внутри которой міэлоциты, какъ бы находятся въ разбивномъ состояніи.

Эта масса, подъ вліяніемъ алкоголя и различныхъ кислотъ, особенно же хромовой, имѣетъ способность отвердѣвать, не измѣняя при этомъ своего объема, вслѣдствіе чего на препаратахъ обработанныхъ этимъ послѣднимъ реактивомъ, она и должна представляться въ видѣ сѣти. Противъ этихъ возраженій были представлены доказательства, или вѣрнѣе говоря, факты, изъ которыхъ нѣкоторые, сколько намъ кажется, имѣютъ абсолютное значеніе. Признано, что въ нормальномъ состояніи въ промежуткахъ между нервными элементами,— правда въ слабой пропорціи—находится аморфная масса, обладающая вышеописанными свойствами; а также, что на свѣжихъ препаратахъ, сѣтчатое строеніе выражено менѣе ясно, чѣмъ на препаратахъ, оплотнѣвшихъ отъ кислотъ. Но также не менѣе вѣрно и то, что въ свѣжемъ состояніи, тонкіе препараты изъ бѣлаго вещества спиннаго мозга, обработанные іодистой сывороткой и растрепленные подъ микроскопомъ, совершенно отчетливо обнаруживаютъ подъ микроскопомъ по краямъ волокнистые тяжи соединительной ткани (Кёлликеръ, Фромманъ, Шульце). Это явленіе легко доступное наблюденію при нормальныхъ условіяхъ, еще лучше обнаруживается при нѣкоторыхъ патологическихъ случаяхъ, гдѣ нормальное расположеніе, не будучи существеннымъ образомъ измѣнено, выражено въ болѣе высокой степени (Вирховъ).

Встрѣчается это между прочимъ и при myelitis interstitialis subacuta, а также при склерозѣ въ тѣсномъ смыслѣ, когда измѣненія не перешли еще первыхъ фазъ своего развитія

Изъ всего этого заключили—и мы считаемъ такое заключеніе законнымъ,—что хромовая кислота не имѣетъ другого вліянія, какъ только то, что обнаруживаетъ болѣе рельефно строеніе соединительной оболочки спиннаго мозга. Это расположеніе ея уже существуетъ и не является подъ вліяніемъ названнаго реактива.

Чтобы покончить съ тѣми замѣчаніями, которыя я считалъ необходимыми представить относительно нормальной

гистологіи центровъ спиннаго мозга, мнѣ остается еще прибавить нѣсколько словъ объ одной анатомической особенности, представляемой маленькими сосудами, преимущественно артеріальными капиллярами, внѣдренными въ толщѣ этого органа. Они, подобно интрацефалическимъ артеріямъ, обладаютъ лишней оболочкой, извѣстной подъ именемъ лимфатическаго влагалища или влагалища Робена. Свободный промежутокъ, выполненный прозрачною жидкостью, въ которой плаваетъ нѣсколько форменныхъ элементовъ отдѣляетъ, какъ вы знаете, влагалище это отъ наружной сосудистой оболочки. Впослѣдствіи, при разборѣ нѣкоторыхъ патологическихъ измѣненій, вы узнаете, какой интересъ представляетъ это анатомическое расположеніе [3]).

---

[19]) Съ того времени, какъ лекція эта была читана, было опубликовано множество работъ по строенію невроглія. (Относительно этого, см. критическій обзоръ Гомбо-Archives de physiologie, 1873, стр. 458). Въ одномъ очень важномъ трудѣ М. Ранвье, работы котораго такъ много способствовали ознакомленію съ строеніемъ соединительной ткани, показалъ, что клѣточки, описанныя Гольги и Боллемъ, вѣроятно составляются искусственно. Соединительная ткань нервныхъ центровъ строеніемъ своимъ не отличается отъ такой же въ другихъ органахъ. (Ranvier,—Sur les éléments conjonctifs de lamoelle épinière.—Въ Comptes-rendus de l'Académie des sciences. Décembre 1873). Невроглія состоитъ изъ соединительныхъ пучковъ отъ 0,001 до 0,002 мм. въ діаметрѣ.„Они не аностомозируютъ между собою, говоритъ Ранвье, но въ нѣкоторыхъ точкахъ, они, въ числѣ 4, 5, 6, 7, 8 и даже болѣе, перекрещиваются. На уровнѣ этого перекрещиванія, часто замѣчается круглое или овальное ядро, снабженное многими ядрышками, иногда приплюснутое и окруженное гранулезнымъ поясомъ. Съ хорошимъ иммерзіоннымъ объективомъ, увеличивающимъ отъ 600—800 разъ, легко замѣтить всѣ эти детали и признать въ гранулезномъ поясѣ полоску протоплазмы, которая вмѣстѣ съ ядромъ составляетъ плоскую клѣточку соединительной ткани. Надъ и подъ этой клѣточкой проходятъ маленькіе пучки. Мнѣ кажется несомнѣннымъ, прибавляетъ Ранвье, что ансамбль этотъ и былъ принятъ за клѣточку съ отростками. Но это заблужденіе и я увѣренъ, что оно будетъ оставлено, если будутъ точно слѣдовать одному и тому же методу". На другихъ мѣстахъ тѣхъ же препаратовъ, можно замѣтить изолированныя плоскія клѣточки или же перекрещиванія безъ всякихъ клѣточекъ,—расположеніе, не оставляющее ни малѣйшаго сомнѣнія въ вѣрности приведенныхъ фактовъ Не будемъ удивляться множеству самыхъ противурѣчащихъ мнѣній высказанныхъ относительно строенія невроглія, если вспомнимъ многочисленныя пренія, которыя вызвалъ вопросъ, о строеніи соединительной ткани периферическихъ органовъ, вопросъ, который выяснился только новѣйшими изслѣдованіями. (Примѣчаніе ко 2-му изданію).

II.

Послѣ этихъ предварительныхъ свѣдѣній, намъ нетрудно будетъ, М. м. Г. г., приступить къ изученію гистологическихъ измѣненій спиннаго мозга при *склерозѣ въ формѣ бляшекъ*. Описаніе этихъ измѣненій, которое мы вамъ представимъ, будетъ основано главнымъ образомъ на результатахъ изслѣдованій, предпринятыхъ съ давнихъ поръ мною и Вульпіаномъ. Кромѣ того мы воспользуемся нѣкоторыми изслѣдованіями по тому же предмету, сдѣланными Валентинеромъ [20]), Риндфлейшемъ [21]), Ценкеромъ [22]) и главнымъ образомъ Фромманомъ [23]), который, поповоду изслѣдованія небольшаго отдѣла спиннаго мозга, написалъ огромную книгу, богатую драгоцѣннымъ матеріаломъ и замѣчательными рисунками.

Прежде всего мы опишемъ, что наблюдается: во 1-хъ, на поперечныхъ разрѣзахъ, во 2-хъ, на разныхъ продольныхъ разрѣзахъ, пользуясь препаратами спиннаго мозга оплотнѣлыми въ хромовой кислотѣ, затѣмъ мы опишемъ нѣкоторыя особенности, наблюдаемыя только на свѣжихъ препаратахъ и ускользающія на оплотнѣлыхъ. Въ обоихъ случаяхъ окрашеніе препаратовъ амміакальнымъ растворомъ кармина для изслѣдованія ткани въ нормальномъ ея состояніи, будетъ для насъ крайне полезнымъ пособіемъ, которымъ всегда слѣдуетъ пользоваться.

А.—Если изслѣдовать невооруженнымъ глазомъ кусочекъ спиннаго мозга, накоторомъ расположена склеротическая бляшка, то, кажется будто, пораженныя части отдѣлены отъ здоровыхъ совершенно отчетливо, безъ всякихъ переходовъ, демаркаціонною линіею. Однако это заблужденіе. Въ самомъ дѣлѣ, микроскопическое изслѣдованіе позволяетъ констатировать, даже при малыхъ увеличеніяхъ, что, повидимому,

---

[20]) Valentiner,—Deutsche Klinik. 1856 стр. 149.

[21]) Rindfleisch,—Virchow's Archiv. 1863 t. XXVI стр. 474.

[22] Zencker, — Zeitschr. d. rat. Medic. 1865, Bd. XXIII, 3 Reih., стр. 226.

[23]) Frommann, — 2-ter Theil., Jena 1867.— См. также: Rokitantsky, Sitzungsber., K. M. Klasse, t. XIII, 1851, стр. 136;—Charcot,—Soc. de Biologie, 1867; Bouchard, Soc. Anatom. 1868; Hayem, Etudes, etc., loc. cit, стр. 121.

здоровыя части, окружающія склерозированное ядро, представляютъ на извѣстномъ протяженіи, очевидные слѣды измѣненій. Если достигнуть кажущейся границы здоровой ткани, то измѣненія являются болѣе выраженными, по мѣрѣ того, какъ мы приближаемся къ центральной области бляшки, области, гдѣ они достигаютъ высшей степени своего развитія. Изслѣдуя такимъ образомъ измѣненную ткань отъ периферическихъ частей къ центру, мы вынуждены будемъ признать существованіе нѣсколькихъ концентрическихъ слоевъ, соотвѣтствующихъ періодамъ измѣненія [24]).

а) Въ *периферическомъ слоѣ* наблюдается слѣдующее: трабекулы сѣти значительно утолщены; иногда онѣ достигаютъ вдвое большаго объема, чѣмъ въ нормальномъ состояніи. Въ тоже время ядра, занимающія узлы сѣти дѣлаются больше, многочисленнѣе, такъ что ихъ можно насчитывать по два, по три, рѣже болѣе, въ каждомъ узлѣ [25]). Ячеистая форма, благодаря ширинѣ трабекулъ сказывается еще яснѣе; нервныя трубочки представляются болѣе отдаленными одна отъ другой; на самомъ дѣлѣ онѣ уменьшены въ объемѣ и этотъ родъ атрофіи происходитъ на счетъ міэлиновой оболочки, потому что осевой цилиндръ сохраняетъ свой діаметръ или даже онъ гипертрофированъ. Аморфная масса, какъ-бы покрывающая со всѣхъ сторонъ перекладины сѣти, кажется изобильнѣе, чѣмъ въ нормальномъ состояніи [26]).

б) *Вовторомъ поясѣ*, который можно было-бы назвать *переходнымъ поясомъ*, нервныя трубочки представляются еще тоньшими. Многія изъ нихъ кажутся исчезнувшими, на самомъ же дѣлѣ онѣ лишены только своей міэлиновой оболочки и представляютъ одинъ осевой цилиндръ, который иногда дѣйствительно достигаетъ относительно коллосальныхъ размѣровъ [27]). Что касается трабекулъ сѣти, то и онѣ представляютъ не менѣе замѣтныя измѣненія. Онѣ болѣе прозрачны, контуры ихъ менѣе ясны; наконецъ въ нѣкоторыхъ мѣстахъ—и это фактъ крайне важный, — онѣ замѣщены пучками тонкихъ и длинныхъ *волоконецъ*, очень сходныхъ съ тѣми, кото-

---

[24]) Charcot.—Soc. de Biolog. 1868.

[25]) Иногда нѣкоторыя изъ этихъ ядеръ въ своей средней части представляютъ родъ перехвата, указывающаго на начало ихъ дѣленія.

[26]) Frommann, 2-ег Th. таб. II. фиг. 1 и слѣд.

[27]) Frommann, Charcot.

рыми характеризуется простая соединительная ткань (волокнистая ткань). Волоконца эти расположены параллельно длинной оси нервныхъ трубочекъ, вслѣдствіе чего на поперечныхъ разрѣзахъ наблюдаются только ихъ окончанія, которыя, благодаря ихъ скученности, образуютъ очень нѣжную точечную поверхность. Мы сказали, что они какъ бы замѣщаютъ волокна или трабекулы сѣти, но вмѣстѣ съ тѣмъ они выполняютъ и промежутки петель, которыя содержатъ нервныя трубочки, по мѣрѣ того, какъ эти послѣднія лишаются своей міэлиновой оболочки, такъ, что, альвеолярный и сѣтчатый видъ, который имѣетъ соединительная ткань въ нормальномъ состояніи, исчезаетъ все болѣе и болѣе [28]).

b) Въ *центральной части* склеротической бляшки, какъ вы знаете, измѣненія наблюдаются всего яснѣе. Здѣсь исчезаетъ всякій слѣдъ сѣтчатаго строенія, ни трабекулы, ни ячейки болѣе не встрѣчаются; ядра менѣе многочисленны, менѣе объемисты, чѣмъ въ периферическихъ слояхъ; они въ полномъ смыслѣ слова, спавшись, какъ бы сморщены и подъ вліяніемъ кармина уже не принимаютъ прежняго яркаго окрашенія [29]); встрѣчаются они тамъ и сямъ, образуя небольшія группы въ промежуткахъ между пучками и волокнами. Послѣднія захватываютъ все и выполняютъ альвеалярные промежутки, откуда міэлинъ исчезъ совершенно. Однако осевые цилиндры, послѣдніе остатки нервныхъ трубокъ, перемѣшанные съ волокнами, еще наблюдаются въ извѣстномъ количествѣ; но вообще, они не имѣютъ той относительно значительной величины, которая наблюдается иногда въ первыхъ періодахъ измѣненія. На оборотъ, нѣкоторые изъ нихъ уменьшены до такой степени, что очень похожи на волоконца новой формаціи, отличіе отъ которыхъ мы привели выше.

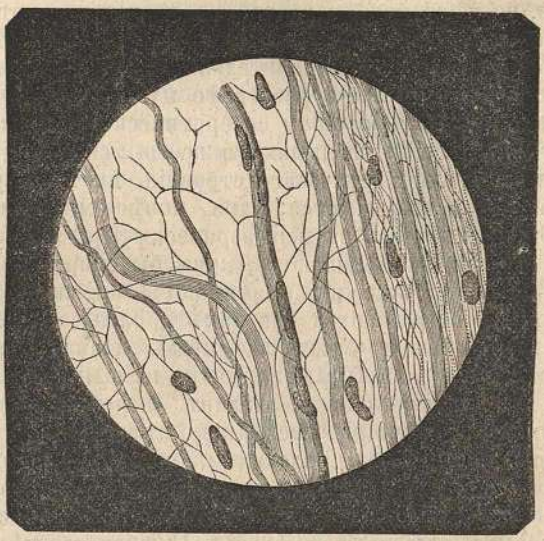
Таково, М.м. Г.г., послѣднее выраженіе болѣзненнаго процесса въ той формѣ склероза, которая насъ теперь занимаетъ. Это постоянное существованіе, такъ сказать, безконечное извѣстнаго количества осевыхъ цилиндровъ, среди частей, которыя подвергались въ высокой степени волокнистому превращенію, представляетъ — замѣтьте — особен-

---

[28]) Frommann, loc. cit. 2 Theil. Таб. VI, фиг. 1, 2, 3.
[29]) Frommann. Charcot.

ность, исключительно принадлежащую склерозу въ формѣ бляшекъ. Безъ сомнѣнія, она не наблюдается, по крайней мѣрѣ, въ той-же степени, въ другихъ видахъ сѣраго отвердѣнія, будетъ-ли то sclerosis descendens spinalis, послѣдовательный за измѣненіями въ черепномъ мозгу, или же тотъ склерозъ, который занимая первично задніе корешки по спра-

Фиг. 9.



Фиг. 9 представляетъ свѣжій препаратъ, взятый изъ центра склеротической бляшки и окрашенный карминомъ. Въ центрѣ капиллярные сосуды съ нѣсколькими ядрами. Направо осевые цилиндры, одни очень объемистые, другіе же очень маленькаго діаметра, лишенные міэлиновой оболочки. Капиллярные сосуды и осевые цилиндры ярко окрашены карминомъ. Осевые цилиндры съ совершенно ровными краями не представляютъ никакихъ развѣтвленій. Въ промежуткахъ между осевыми цилиндрами тонкія волоконца позднѣйшаго происхожденія, почти параллельныя между собою въ правой части препарата, съ лѣвой же стороны и въ центрѣ образующія родъ сѣти, происходящей или вслѣдствіе перекрещиванія ихъ, или же вслѣдствіе анастомоза. Волоконца эти отличаются отъ осевыхъ цилиндровъ: 1) развѣтвленіями, которыя они представляютъ на своемъ протяженіи, 2) меньшимъ діаметромъ, 3) тѣмъ, что не окрашиваются карминомъ. — Мѣстами разсѣянныя ядра. — Нѣкоторыя изъ нихъ кажутся состоящими въ связи съ соединительными волоконцами; другія неправильной формы, вслѣдствіе дѣйствія амміачнаго раствора кармина.

ведливости считается анатомическимъ *субстратомъ* ataxiae locomotricis pragressivae.

Б.—Результаты изслѣдованія продольныхъ разрѣзовъ, въ общемъ потверждаютъ данныя, представленныя вамъ выше; поэтому я избавлю васъ отъ лишнихъ подробностей и ограничусь нѣкоторыми замѣтками, которыя ближе познакомятъ васъ, въ нѣкоторыхъ отношеніяхъ, съ этой сѣтчатой тканью позднѣйшаго образованія. Именно на разрѣзахъ этого рода ближе всего познаются свойства означенной ткани, гдѣ всего лучше наблюдается продольное направленіе волоконъ, ихъ блестящій видъ, напоминающій эластическія волокна, ихъ сближеніе въ формѣ пучковъ, слегка волнистыхъ и всегда параллельныхъ. Разрывая эти пучки, мы узнаемъ, что волокна, составляющія ихъ, крайне тонки, непрозрачны, гладки, что они рѣдко дѣлятся и анастомозируютъ между собою, и что, наоборотъ, они очень часто перекрещиваются и сплетаются между собою, образуя родъвойлочной ткани, и что, наконецъ, они съ трудомъ окрашиваются карминомъ (фиг. 9). Эти послѣднія свойства достаточно отличаютъ ихъ отъ осевыхъ цилиндровъ, которые къ тому-же вообще объемистѣе, прозрачны и никогда не развѣтвляются. Также легко можно ихъ отличить отъ волоконъ сѣти, съ которыми они иногда бываютъ гораздо толще, короче и по краямъ постоянно имѣютъ вѣтвистые отростки. Наконецъ ихъ можно отличить и отъ эластическихъ волоконъ, которыя такъ часто встрѣчаются въ простой соединительной ткани, по слѣдующему важному признаку: они разбухаютъ подъ вліяніемъ уксусной кислоты и образуютъ гіалиносовую прозрачную массу, чего никогда не бываетъ съ эластическими волокнами [30]).

Можно-ли идти далѣе въ изученіи этихъ волоконецъ и попытаться найти способъ ихъ происхожденія? Не происходятъ-ли они, напр., какъ то думаетъ Фромманъ, частью въ толщѣ волоконъ сѣти, которую впослѣдствіи они должны замѣстить, частью же на счетъ клѣтокъ и ядеръ невроглія? Не родятся-ли они, на оборотъ, какъ-то принимаютъ другіе, изъ существовавшаго уже аморфнаго вещества или новообразованной бластемы? Другими словами, что происходитъ здѣсь—перерожденіе или замѣщеніе? Мы думаемъ, что вопросъ

---

[30]) Valentiner, Zenker, loc. cit.—Vulpian,—Cours de la Faculté, 1868

этотъ долженъ остаться пока нерѣшеннымъ; все, что мы можемъ сказать по этому поводу — это, что иногда, казалось, будто эти волоконца брали свое начало изъ ядеръ и клѣтокъ невроглiи, фактъ, если онъ подтвердится, могущій служить опорой для гипотезы, защищаемой Фроммаиомъ.

Я не могу пройти молчаніемъ разнообразныя измѣненія, которыя испытываютъ кровеносные сосуды, проходящіе черезъ склеротическую бляшку,—измѣненія, наблюдаемыя на продольныхъ препаратахъ, оплотнѣлыхъ въ хромовой кислотѣ. Вначалѣ, т. е. въ перферическихъ частяхъ стѣнки этихъ сосудовъ, даже самыхъ тонкихъ капилляровъ, представляются гораздо шире и содержатъ бо́льшее количество ядеръ, чѣмъ въ нормальномъ состояніи. Болѣе къ центру бляшки, ядра еще многочисленнѣе, а наружная сосудистая оболочка замѣщена нѣсколькими слоями волоконецъ, совершенно схожихъ съ тѣми, которыя одновременно развились въ толщинѣ сѣти [31]). Наконецъ, въ послѣднемъ періодѣ участки дѣлаются до такой степени широкими, что калибръ сосудовъ представляется значительно уменьшеннымъ [32]).

Мимоходомъ я долженъ упомянуть также объ обыкновенномъ присутствіи среди фибриллярной ткани извѣстнаго количества амилоидныхъ тѣлецъ. Но въ то же время я долженъ указать на одно странное явленіе, — что упомянутыя тѣльца въ данной формѣ склероза гораздо менѣе многочисленны, чѣмъ въ другихъ видахъ сѣраго отвердѣнія.

В.—Однако на препаратахъ, обработанныхъ хромовой кислотой, не всегда такъ легко бываетъ наблюдать представленныя вамъ выше подробности. На оборотъ, свѣжіе препараты представляютъ то преимущество, что они позволяютъ констатировать извѣстныя измѣненія, которыя непремѣнно прошли бы незамѣченными, еслибъ изслѣдованіе производилось исключительно на препаратахъ отвердѣлыхъ. Я долженъ здѣсь указать на существованіе тѣлецъ и грануляцій жирнаго или мозговиднаго вида, которыя въ болѣе или менѣе значительномъ количествѣ почти постоянно [33]) встрѣчаются въ

[31]) Vulpian,—Cours de la Faculté.

[32]) Frommann, loc. cit.

[33]) По крайней мѣрѣ фактъ этотъ указанъ авторами, которые изслѣдовали свѣжіе препараты (Valentiner, Rindfleisch). При изслѣдованіяхъ, произведенныхъ мною при тѣхъ же обстоятельствахъ, я наблюдалъ его постоянно. См. также Рокитантскій въ Bericht der Akademie d. Wissenschaften zu Wien, t. XXIV, 1857.

толщѣ свѣжей склеротической бляшки и которыя тотчасъ же безслѣдно изчезаютъ, какъ скоро препаратъ, хотя бы и недолго, находился въ хромовой кислотѣ. Присутствіе этихъ жировыхъ грануляцій, М.м. Гг., тѣсно связано съ необходимымъ періодомъ болѣзненнаго процесса: я говорю о разрушеніи нервныхъ трубокъ. Во всякомъ случаѣ, прежде чѣмъ войти въ разъясненія касательно этого пункта, я нахожу болѣе полезнымъ начать дѣло нѣсколько издалека и возобновить въ вашей памяти, по крайней мѣрѣ, въ главныхъ чертахъ, тѣ измѣненія въ строеніи, которыя испытываютъ периферическіе нервы послѣ того, какъ они полнымъ разрѣзомъ отдѣлены отъ нервныхъ центровъ.

Прежде всего, я напомню вамъ, что въ периферическихъ нервахъ, подобно тому, какъ и въ спинномъ мозгу, нервныя трубки состоятъ существеннымъ образомъ изъ цилиндра мозговаго вещества или міэлина и осеваго цилиндра, но что, кромѣ того, еще они имѣютъ влагалище изъ соединительной ткани, влагалище или оболочку Швана [34]), которая, по самымъ позднѣйшимъ изслѣдованіямъ, можетъ или существовать въ самыхъ тонкихъ трубкахъ нервныхъ центровъ, или же, по крайней мѣрѣ, является въ зачаточномъ состояніи [35]). Сейчасъ вы узнаете, что анатомическая особенность эта, какъ ни маловажна она на первый взглядъ, не лишена интереса съ точки зрѣнія, насъ занимающей.

Теперь я укажу на тѣ явленія, на которыя попрошу обратить ваше особенное вниманіе: восемь или десять дней послѣ перерѣзки въ нервахъ происходитъ родъ свертыванія мозговаго вещества нервныхъ трубокъ, въ видѣ небольшихъ неправильно-шаровидныхъ массъ, съ волнистыми краями, темныхъ, представляющихъ двойные контуры исохраняющихъ пока всѣ оптическія свойства міэлина. Въ слѣдующіе дни сегментація идетъ впередъ и въ скоромъ времени Шановская оболочка содержитъ уже не неправильныя массы міэлина, но капли, съ ясными микрохимическими свойствами жира. Капли эти, въ началѣ довольно большія, постепенно

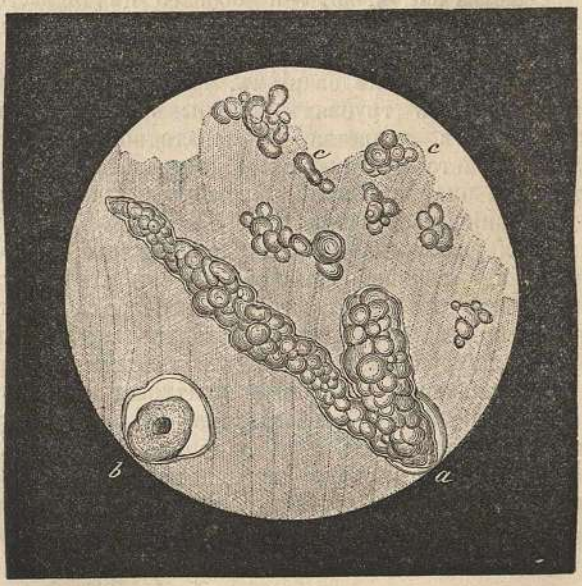
---

[34]) Frey, — Handbuch d. Histologie, 2-e édition; стр. 354. Leipzig. Schulte.—De retinae structura. 1867. стр. 22. — Kölliker,—Gewebelehre, 5-éme Edition 1867. t. IV стр. 257.

[35]) Vulpian,—Leçcons sur la physiologie etc., стр. 316.

вслѣдствіе продолжающагося дѣленія, дѣлаются все меньше и меньше и въ концѣ концовъ, замѣщаются грануляціями, очень мелкими на подобіе пыли и выполняющими соединительно-тканное влагалище. Къ этимъ грануляціямъ примѣшаны еще другія, болѣе блѣдныя и протеиноваго свойства. Наконецъ тѣльца и грануляціи исчезаютъ и Шванова оболочка, оставшись одна, спадается до такой степени, что если разсматривать извѣстное количество такихъ рядомъ расположенныхъ, такимъ образомъ измѣненныхъ нервныхъ волоконъ, то, кажется, что будто въ полѣ микроскопа видѣнъ пучекъ волоконъ соединительной ткани. Что же сталось въ это время съ осевымъ цилиндромъ? Состоя преимущественно изъ протеиновыхъ веществъ, онъ долго противустоитъ дѣйствію причинъ, разрушившихъ міэлинъ, такъ какъ его иногда находятъ

Фиг. 10.



Фиг. 10. *Склеротическая бляшка въ свѣжемъ состояніи.* a, Лимфатическое влагалище, растянутое большими жировидными каплями. b; поперечный разрѣзъ сосуда — Adventitia отдѣлена отъ лимфатическаго влагалища пустымъ промежуткомъ; жировидныя капли, растягивавшія влагалище исчезли;—c, c, жировыя капли сгруппировавшіяся въ маленькія кучки, разсѣяны мѣстами по препарату, внѣ сосудовъ.

во влагалищѣ, спустя многія недѣли и даже мѣсяцы послѣ перерѣзки нервнаго ствола [36]).

Резюмируя вкратцѣ сказаное, мы видимъ, что при тѣхъ новыхъ условіяхъ питанія, въ которыя помѣщены нервныя трубки, благодаря перерѣзкѣ нерва, мозговое вещество свертывается, затѣмъ распадается и производитъ съ одной стороны протеиновые молекулы, съ другой-же тѣльца вначалѣ сохраняющія всѣ признаки міэлина, но потомъ испытывающія дальнѣйшія измѣненіе и скоро представляющія всѣ свойства жировыхъ капелекъ или грануляцій [37]).

Возвратимся теперь снова къ склеротическимъ бляшкамъ. Намъ придется здѣсь изучать явленія, по крайней мѣрѣ, аналогичныя съ тѣми, о которыхъ я вамъ только что говорилъ.

На свѣжихъ препаратахъ въ толщѣ склеротическаго гнѣзда, какъ мы уже сказали, почти постоянно встрѣчаются и часто въ довольно значительномъ числѣ, шарики или зернышки, имѣющіе вообще видъ жирныхъ тѣлецъ; шарики эти представляются въ двухъ главныхъ формахъ; одни изъ нихъ являются въ видѣ относительно объемистыхъ неправильныхъ массъ, съ темными изъѣденными краями, имѣющими форму то неправильнаго овальнаго тѣльца, булавовидныя или же почкообразныя (фиг. 10). Они, подобно міэлину, къ которому приближаются и другими свойствами, представляютъ двойные контуры. Другіе же составляютъ настоящія капельки или зернышки жира,—то изолированныя, то скученныя на подобіе слившихся кучекъ,—иначе сказать *гранулезныя тѣла*, лишенныя ядеръ и обволакивающей оболочки [38]). Къ этимъ раличнымъ грануляціямъ примѣшаны, мѣстами и протеи-

---

[36]) См. Vulpian.—Leçons de physiologie стр. 237, 298.; Rindfleisch.—Lehrbuch d. pathol. Gewebelehre, стр. 10 и 20; 1866.

[37]) По мнѣнію Робена, міэлинъ представляетъ вещество, особенно богатое жирными началами, такъ что въ этомъ отношеніи, онъ можетъ быть сравниваемъ съ подкожными желѣзками. (Journal de l'anatomie, 1864, № 3, стр. 319) Walter (Virchow's Arhiv, 20, 426) предложилъ гипотезу, по которой міэлинъ состоитъ изъ амальгамы или смѣси жирныхъ и альбуминозныхъ тѣлъ, которыя, въ случаѣ дегенераціи нервныхъ трубокъ, только раздѣляются между собою. См. по этому же предмету: Rindfleisch, loc. cit. стр. 20, § 52.

[38]) Исключая этихъ гранулезныхъ тѣлъ, въ собственномъ смыслѣ слова, (Fettkörnchen, Agglomerate), въ склеротическихъ бляшкахъ можно еще отыскать зернистыя тѣла, имѣющія оболочку и ядро (Fettkörnchen, Zellen),

новые молекулы. Всѣ эти продукты, вы видите сами, вполнѣ соотвѣтствуютъ тѣмъ, которые происходятъ вслѣдствіе измѣненія міэлина, въ случаяхъ перерѣзки нервнаго ствола.

Однако прослѣдимъ далѣе аналогію: на продольныхъ разрѣзахъ, которые здѣсь предъ вами, видны въ нѣкоторыхъ мѣстахъ жировыя грануляціи, расположенныя въ видѣ длинныхъ параллельныхъ полосъ, идущихъ по направленію нервныхъ трубокъ [39]); на поперечныхъ разрѣзахъ они составляютъ мѣстами маленькія кучки, раздѣленныя островками, вполнѣ соотвѣтствующими мѣсту нахожденія альвеолъ. Обыкновенно же грануляціи переходятъ за границу этихъ послѣднихъ и разсѣяны въ окружающихъ тканяхъ. Но въ этомъ нѣтъ ничего удивительнаго, если помнить, что нервныя трубки спиннаго мозга лишены этой целлюлярной или Швановской оболочки, которая въ перерѣзанныхъ нервахъ со всѣхъ сторонъ содержитъ продукты измѣненнаго міэлина. Петли сѣти и промежутки между волоконцами представляютъ къ томуже свободные пути, по которымъ капли міэлина и жировыя грануляціи могутъ далеко распространяться и инфильтрировать ткань [40]).

Въ заключеніе мы замѣтимъ, что мозговидныя массы и жировыя грануляціи никогда не встрѣчаются въ центрѣ склеротической бляшки, т. е. въ мѣстахъ, гдѣ волокнистое превращеніе, а также процессъ разрушенія нервныхъ трубокъ уже окончены. На оборотъ, онѣ занимаютъ наружные отдѣлы бляшки [41]), или же, говоря иначе, слой периферическій или переходный, потому что, какъ вы знаете, въ этомъ мѣстѣ болѣзненный процессъ всего дѣятельнѣе. Въ самомъ дѣлѣ, сдавленный и прижатый со всѣхъ сторонъ утолщенными трабекулами сѣти, позднѣе же и пучками волоконъ,

---

и окрашивающіяся карминомъ. Эти послѣднія суть ничто иное, какъ клѣтки невроглія, подвергшіяся зернистому перерожденію.—Относительно различія, которое существуетъ между обоими видами зернистыхъ тѣлъ см.—J. Pouteau,—Thèse de Paris 1866. Rokitantssky,—Bericht d. Ak. d. Wiss. zu Wien, t. XXIV, 1857.—Wedl,—Rudim. of path. Histologie стр. 229, London. 1855.

[39]) Нерѣдко среди волоконецъ можно встрѣтить обнаженные осевые цилиндры, къ которымъ мѣстами прилипаютъ массы шариковъ, похожихъ на міэлинъ.

[40]) Charcot,—Soc. de Biologie, 1868.

[41]) Ibidem.

которые стремятся занять и альвеолы, мозговой цилиндръ постепенно утончается, затѣмъ исчезаетъ, такъ что наконецъ нервная трубка является въ видѣ одного осеваго цилиндра. Накопленіе мозговыхъ или жировыхъ капелекъ и разрушеніе міэлиноваго цилиндра происходятъ такимъ образомъ одновременно; можно даже прибавить, что они идутъ рука объ руку, потому что первое прекращается, какъ только послѣднее окончательно совершилось. Очевидно, что одновременное существованіе обоихъ явленій не можетъ быть случайнымъ, а потому, принимая во вниманіе, все вышесказанное, намъ кажется основательнымъ заключить, что помянутыя жировыя и медуллярныя тѣльца, суть ничто иное, какъ остатки, распадъ, происходящіе вслѣдствіе разъединенія нервныхъ трубокъ [42]).

Чтоже дѣлается затѣмъ съ этими жировыми грануляціями? Вѣроятнѣе всего, что онѣ исчезаютъ путемъ всасыванія; вы знаете, что не находятъ даже и слѣда ихъ въ центральныхъ частяхъ склеротитескихъ гнѣздъ. Здѣсь будетъ кстати обратить ваше вниманіе на одно явленіе, которое, безъ сомнѣнія, связано съ этимъ явленіемъ всасыванія. На препаратахъ, которые вы имѣли предъ собою, вы могли констатировать, что въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ встрѣчаются продукты разъединенія нервныхъ трубокъ, лимфатическое влагалище мелкихъ сосудовъ содержитъ въ своей полости, въ разныхъ количествахъ то жировыя грануляціи, то даже, что однако гораздо рѣже, тѣльца, представляющія свойства міэлина. Въ нѣкоторыхъ точкахъ эти различные продукты до такой степени обильны, что сильно растягиваютъ лимфатическія влагалища. Объемъ сосудовъ представляется увеличеннымъ вдвое или втрое, противъ нормальнаго состоянія; сами же они узнаются даже и невооруженнымъ глазомъ, въ видѣ бѣлыхъ маленькихъ полосъ на сѣромъ фонѣ склерозированной бляшки. Однако сами, оболочки этихъ сосудовъ не представляютъ другихъ измѣненій, кромѣ тѣхъ, которыя описаны выше и которыя, безъ сомнѣнія, не имѣютъ никакаго отношенія къ атероматозному процессу. Вообще, здѣсь дѣло идетъ о послѣдовательной жировой инфильтраціи лимфатическихъ влагалищъ и ничуть не о первичномъ пораженіи сосудистыхъ стѣнокъ. Тоже явленіе встрѣчается и при

---

[42]) Мнѣніе это высказано довольно ясно Рокитантскимъ, въ 1858 г. (Bericht, etc., loc. cit., 1857).

размягченіи мозга, вслѣдствіе облитераціи артерій, въ большинствѣ видовъ первичнаго и вторичнаго склероза, однимъ словомъ въ самыхъ разнообразныхъ пораженіяхъ нервныхъ центровъ, которыя однако имѣютъ между собою то общее, что вызываютъ жировое перерожденіе нервныхъ трубокъ. Истинное значеніе этого явленія, казалось, подозрѣвалось Гуллемъ [43]) и Бильротомъ [44]), но истинный свѣтъ пролитъ на него, преимущественно Бушаромъ, въ его превосходныхъ изслѣдованіяхъ о вторичныхъ перерожденіяхъ спиннаго мозга [45]).

Представленное вамъ описаніе склеротическаго перерожденія въ формѣ разсѣянныхъ бляшекъ, относится главнымъ образомъ къ бѣлому веществу, хотя оно можетъ быть приложимо, по крайней мѣрѣ, въ общихъ чертахъ и къ сѣрому веществу. Въ самомъ дѣлѣ, въ обоихъ веществахъ, невроглія построена по одному и тому-же типу и измѣненія, которыя въ ней происходятъ, существенно не различаются между собою. Поэтому я, на основаніи наблюденій, сдѣланныхъ мною, упомяну объ измѣненіяхъ, которыя испытываютъ нервныя клѣтки, когда вслѣдствіе захватыванія процессомъ и сѣраго вещества, онѣ участвуютъ въ заболѣваніи. Клѣтки эти не предоставляютъ мѣста ядренной пролиферацiи въ противность тому, что бываетъ при тѣхъ-же обстоятельствахъ съ клѣтками простой соединительной ткани, ядра которыхъ обыкновенно размножаются и это именно составляетъ признакъ, которымъ по необходимости и опредѣляется различіе обоихъ видовъ элементовъ. Онѣ подвергаются особаго рода измѣненію, которое можно было бы назвать *желтымъ перерожденіемъ*, вслѣдствіе ихъ желтаго окрашенія, которое иногда бываетъ очень выражено. Карминомъ онѣ уже не окрашиваются, какъ въ нормальномъ состояніи; ядро и ядрышко состоятъ какъ бы изъ стекловиднаго, блестящаго вещества. Тоже самое имѣетъ мѣсто и съ тѣломъ клѣточки, которая къ тому-же кажется состоящею изъ концентрическихъ слоевъ. Наконецъ атрофія, способная произвести уменьшеніе объема, относительно очень значительное,

---

[43]) Cases of Paraplegia. Въ Luy's Hosp. Reports, 3-e Série., 1858 t. IV.
[44]) Archiv d. Heilkunde, 3 Jahrg., стр. 47.
[45]) Bouchard.—Archiv. gén. de Medec., marset avril, 1866.; Thèses de Paris, 1867. стр. 44.

начинается на всѣхъ пунктахъ клѣточки, въ то время, когда клѣточные отростки гибнутъ и исчезаютъ [46]).

Въ головномъ мозгу также, какъ на нервахъ зрительныхъ и обонятельныхъ, склеротическія бляшки представляютъ въ существенныхъ чертахъ тѣ же свойства, какъ и въ спинномъ мозгу, а потому я нахожу совершенно безполезнымъ входить въ новыя подробности относительно этого предмета.

Оканчивая это изслѣдованіе, мы попробуемъ возстановить въ естественномъ порядкѣ ихъ послѣдовательности, тѣ явленія, которыя составляютъ разбираемое страданіе и попытаемся отыскать тотъ патологическій видъ, который представляетъ это измѣненіе.

Безспорно, что размноженіе ядеръ и сопутствующая гиперплязія сѣтчатыхъ волоконъ невроглія представляетъ явленіе первичное, основное, необходимо предшествующее; дегенеративная атрофія нервныхъ элементовъ есть явленіе вторичное, послѣдовательное. Оно начинаетъ появляться только тогда, когда невроглія уступила мѣсто волокнистой ткани, хотя развитіе ея идетъ гораздо скорѣе. Гиперплязія сосудистыхъ стѣнокъ—явленіе побочное.

Въ чемъ состоитъ пораженіе невроглія, которое даетъ начало цѣлому ряду нарушеній? Здѣсь легко найти всѣ признаки образовательнаго раздраженія (l'irritation formatrice). Но признавъ, что склерозъ въ формѣ бляшекъ есть интерстиціальный, одногнѣздный, хроническій первичный міэлитъ или энцефалитъ, намъ остается опредѣлить другіе признаки, которые отличаютъ его отъ другихъ формъ склероза нервныхъ центровъ, а также отъ многихъ видовъ міэлита и энцефалита, берущихъ свое начало также въ невроглія, но по крайней мѣрѣ не приводящихъ къ волокнистому перерожденію. Въ свое время мы выполнимъ эту задачу. Въ настоящее время, М.м. Г.г., намъ нужно оставить патологическую анатомію и перейдя къ клиническому наблюденію, показать вамъ,—какимъ комплексомъ симптомовъ выражается склерозъ въ формѣ бляшекъ въ нервныхъ центрахъ.

---

[46]) Frommann, loc. cit. — Vulpian, — Cours de la Faculté, 1868. — Charcot,—Soc. de Biolog., 1868.

ЛЕКЦІЯ СЕДЬМАЯ.

О СКЛЕРОЗѢ ВЪ ФОРМѢ РАЗСѢЯННЫХЪ БЛЯШЕКЪ.— СИМПТОМАТОЛОГІЯ.

Содержаніе. Разнообразіе проявленій склероза въ формѣ разсѣянныхъ бляшекъ, съ точки зрѣнія клинической.—Причины ошибочнаго распознаванія.
Клиническое изслѣдованіе случая склероза въ бляшкахъ. — О дрожаніи; вліянія его на актъ писанія; признаки по которымъ его можно отличить отъ дрожанія при paralysis agitans, chorea, общемъ параличѣ и при нарушеніи двигательной координаціи при атаксіи.
Явленія головно-мозговыя.—Нарушенія въ актѣ зрѣнія: диплопія, амбліопія, nystagmus.—Затрудненія въ рѣчи.—Головокруженіе
Состояніе нижнихъ конечностей.—Парезъ.—Улучшеніе. — Отсутствіе нарушенія чувствительноси.—Присоединеніе необычныхъ явленій; табетическіе симптомы; атрофія мышцъ. — Постоянная контрактура. — спинно-мозговая эпилепсія.

Мм. Гг.,

Въ прошедшей лекціи мы очень подробно разобрали анатомическія измѣненія при многогнѣздномъ склерозѣ нервныхъ центровъ. Оставляя въ сторонѣ эту часть его исторіи, мы постараемся сегодня познакомить васъ съ тѣмъ рядомъ симптомовъ, благодаря которымъ онъ проявляется.

I.

А.—Замѣчательно, что болѣзненное состояніе съ такимъ очевиднымъ анатомическимъ субстратомъ, такъ ясно выраженное и вообще встрѣчающееся нерѣдко, могло втеченіи столь долгаго времени ускользать отъ клиническаго наблюденія. Тѣмъ не менѣе, ничего нѣтъ легче, какъ я вамъ

покажу, у постели больнаго опредѣлить разбираемое страданіе, по крайней мѣрѣ, если оно представляетъ полное развитіе.

Если поискать причины, которыя замедлили появленіе склероза въ формѣ разсѣянныхъ бляшекъ въ нозологической системѣ, гдѣ онъ долженъ занимать мѣсто рядомъ съ другими, болѣе извѣстными формами первичнаго склероза нервныхъ центровъ, мы должны прежде всего указать на разнообразіе формъ, подъ которыми онъ встрѣчается въ клиникѣ. Это страданіе, по преимуществу, полиморфное.

Патолого-анатомическое изслѣдованіе уже раньше заставляло предполагать это. Вы помните, что бляшки, въ видѣ островковъ, въ нѣкоторыхъ случаяхъ исключительно занимаютъ спинной мозгъ, въ другихъ онѣ преобладаютъ въ полушаріяхъ и продолговатомъ мозгу и что, наконецъ иногда, онѣ распространены по всѣмъ отдѣламъ нервныхъ центровъ. Это разнообразіе въ мѣстѣ нахожденія заставило насъ, съ точки зрѣнія анатомической, признать слѣдующія три формы: *черепную, спинно-мозговую и форму смѣшанную* или *церебро-спинальную*. Можно было также предусмотрѣть, что каждой изъ этихъ формъ соотвѣтствуетъ свой особый комплексъ симптомовъ.

Б.—Остановимся прежде всего на формѣ цереброспинальной; къ тому-же она представляетъ всего больше интереса, въ чемъ вамъ не разъ придется убѣдиться въ практикѣ. Но разсматривая даже одинъ этотъ типъ, вы замѣтите, что страданіе можетъ являться въ самыхъ разнообразныхъ видахъ. Въ подтвержденіе этого, позвольте мнѣ привести одинъ анекдотъ, только что переданный мнѣ однимъ изъ товарищей.

Одинъ изъ очень извѣстныхъ врачей, но мало знакомый съ явленіями склероза въ формѣ разсѣянныхъ бляшекъ, навѣстилъ больницу, гдѣ этотъ товарищъ состоялъ врачемъ. Товарищъ мой изъ любезности показалъ ему случай новой болѣзни: это былъ превосходный обращикъ цереброспинальной формы. Больной всталъ съ своей постели и сдѣлалъ нѣсколько шаговъ по комнатѣ. «Да это *атактикъ*!» вскричалъ посѣтитель.—«Можетъ быть, отвѣчалъ мой товарищъ: но, что вы думаете о ритмическихъ движеніяхъ головы и рукъ»?—«Это вѣрно, сказалъ посѣтитель, здѣсь кромѣ того *пляска св. Витта*, а можетъ быть и *paralysis agitans*». Послѣ того больнаго начали разспрашивать. Онъ отвѣчалъ

на вопросы замѣтно затрудняясь въ произношеніи словъ, скандируя совершенно своеобразно слоги, причемъ произношенію словъ предшествовало легкое дрожаніе губъ. „Я понимаю, возразилъ докторъ, вы хотѣли поставить меня въ затрудненіе, показывая одинъ изъ самыхъ запутанныхъ случаевъ. Вотъ явленія, которыя ясно принадлежатъ *общему параличу*. Но довольно. Можетъ быть, въ вашемъ больномъ кроется вся нервная патологія".

И однако, М.м. Г.г., здѣсь былъ просто на просто случай, правда очень полный, склероза въ формѣ разсѣянныхъ бляшекъ церебро-спинальной формы.

В. Дрожательный параличъ представляетъ ту болѣзнь, съ которою эта форма склероза въ бляшкахъ была такъ долго смѣшиваема и, безъ сомнѣнія, смѣшивается очень часто и по настоящее время. Вслѣдствіе этого, желая записанный склерозъ въ бляшкахъ вывести ихъ хаоса хроническихъ міэлитовъ, мы и предложили Орденштейну, въ то время нашему ученику, сдѣлать параллельное клиническое изслѣдованіе между сказаннымъ страданіемъ и дрожательнымъ параличемъ, дабы выяснить различіе между ними [1]). Извѣстно, какъ выполнилъ Орденштейнъ эту задачу и я не затруднюсь сказать, что диссертація его указываетъ на значительный шагъ впередъ въ дѣлѣ клиническаго изслѣдованія хроническихъ болѣзней нервной системы.

Въ послѣднее время, одинъ извѣстный лейпцигскій докторъ, Бервинкель, приводя очень интересный примѣръ цереброспинальнаго склероза, гдѣ однако, какъ то иногда бываетъ, дрожанія совершенно не наблюдалось, заподозрѣваетъ Орденштейна въ вымыслѣ тѣхъ затрудненій, на самомъ дѣлѣ не существующихъ, какъ бы ради удовольствія, что преодолѣлъ ихъ. По мнѣнію Бервинкеля, между обѣими болѣзнями не существуетъ никакого сходства. Но вѣроятно Бервинкель забылъ, что лѣтъ десять тому онъ, въ Canstatt's Jahresbericht, разобралъ одинъ случай, видѣнный въ клиникѣ Шкоды, случай гдѣ при жизни были поставлена діагностика—paralysis agitans, а по вскрытіи были найдены по всему протяженію спинно-мозговаго тракта склеротическія разсѣянныя бляшки. Наблюденіе, кажется, было сдѣлано съ большою точностью: мы въ немъ находимъ и это

[1]) Sur la paralysie agitante et la sclérose en plaques généralisées. Thèse de Paris, 1867.

фактъ, на который необходимо обратить особое вниманіе, что дрожаніе, въ противность тому, что встрѣчается при обыкновенной paralysis agitans, появляется только во время произвольныхъ движеній и исчезаетъ при покоѣ [2]).

Бервинкель, вѣроятно также не пропустилъ случая Ценкера, опубликованнаго въ журналѣ Генле—и здѣсь вскрытіе показало существованіе многогнѣзднаго склероза [3]). При жизни профессоромъ Гассе была поставлена діагностика—paralysis agitantis, но тѣмъ не менѣе при описаніи явленій онъ особенно настаиваетъ на свойствѣ дрожанія, которое появлялось только подъ вліяніемъ душевныхъ волненій или же произвольныхъ движеній.

Мнѣ кажется, что этихъ примѣровъ достаточно, дабы показать, что, несмотря на мнѣніе Бервинкеля, ошибочное распознованіе очень возможно и оно встрѣчалось у такихъ клиницистовъ, опытность которыхъ стоитъ внѣ всякихъ сомнѣній.

Принявъ это, я первый признаю, что форма, подъ которою является склерозъ въ бляшкахъ, можетъ быть крайне разнообразной и что въ настоящее время, когда новѣйшими работами [4]) распознованіе достаточно уяснено, впадать въ ошибки не совсѣмъ позволительно. Однако, М.м. Г.г., пора показать вамъ самимъ различіе признаковъ, при помощи которыхъ можно различить цереброспинальный склерозъ въ формѣ бляшекъ отъ другихъ болѣзней, съ которыми онъ сходствуетъ въ различной степени.

II.

Вамъ не безъизвѣстно, М.м. Г.г., какую цѣну можно давать краснорѣчивымъ описаніямъ симптомовъ, сдѣланнымъ вдали отъ постели больнаго. Они порождаютъ блѣдныя представленія и оставляютъ въ умѣ слушателя крайне легкое и проходящее впечатлѣніе.

---

[2]) Wien. med. Halle, III, 13, 1862.

[3]) Zenker.—Zeitschrift für Medic. Band. III, Reihe, 1865, стр. 228.

[4]) Bourneville et L. Guérard,—De la sclérose en plaques disséminées. Paris, 1869.—Bourneville, — Nouvelle étude sur quelques points de la sclérose en plaques disséminées. Paris. 1869.

Чтобы избѣжать, на сколько возможно, указаннаго неудобства, я сдѣлаю, вмѣстѣ съ вами, методическое изслѣдованіе больной, въ которой соединены крайне ясно выраженныя явленія цереброспинальнаго склероза въ бляшкахъ.

Г-жа В..., 31 года, лѣтъ восемь тому назадъ была поражена болѣзнью, составляющею предметъ настоящаго изслѣдованія. Будучи доставлена года три тому въ Сальпетріеръ, она была передана мнѣ Вульпіаномъ, когда этотъ послѣдній оставилъ больницу, который вмѣстѣ съ тѣмъ оставилъ въ мое распоряженіе очень подробныя и драгоцѣнныя наблюденія, касательно этого предмета. Началась болѣзнь, какъ мы сказали, восемь лѣтъ тому назадъ; слѣдовательно, здѣсь случай довольно застарѣлый. Ниже я вамъ сообщу тѣ различныя перемѣны, которыя предшествовали развитію явленій. Въ настоящее же время я ограничусь разборомъ явленій in stato praesente.

Явленіе, которое, безъ сомнѣнія, поразило васъ прежде всего, когда больная, поддерживаемая сидѣлкой, вошла въ залу—это ритмическое *дрожаніе*, совершенно своеобразное, которымъ были поражены голова и члены больной во все время ходьбы.

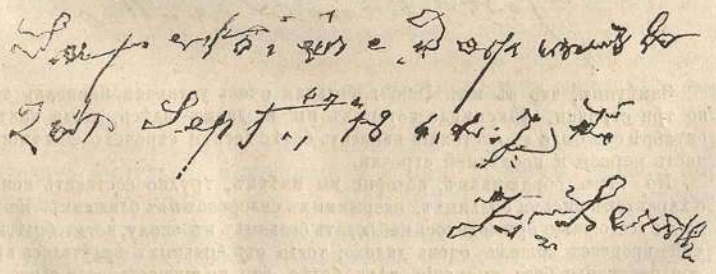
Вы могли убѣдиться также, что, какъ только больная сѣла на стулъ, дрожаніе тотчасъ же исчезло вполнѣ въ верхнихъ и нижнихъ конечностяхъ и только отчасти въ головѣ и туловищѣ. Я указываю на этотъ послѣдній фактъ, замѣчая при этомъ, что новое положеніе, принятое больной, далеко не соотвѣтствуетъ полному покою мышцъ спины и шеи. Къ тому же здѣсь всегда нужно имѣть въ виду волненіе, которое несомнѣнно играетъ извѣстную роль. Я покажу вамъ г-жу В... въ постели и на этотъ разъ при вполнѣ покойномъ состояніи, тогда вы будете въ состояніи убѣдиться въ отсутствіи всякаго слѣда дрожанія въ различныхъ частяхъ тѣла. Чтобы вызвать ритмическое дрожаніе всего тѣла, достаточно будетъ предложить больной встать съ постели. Чтобы вызвать такое возбужденіе въ отдѣльныхъ частяхъ, напр. верхнихъ конечностяхъ, стоитъ попросить ее поднести ко рту стаканъ, предварительно наполненный водой, ложку и т. д. Вы убѣдитесь тогда, что въ этихъ различныхъ актахъ, предписанныхъ волею, дрожаніе тѣмъ болѣе выражено, чѣмъ обширнѣе производимыя движенія. Такъ, когда больная хочетъ взять стаканъ, наполненный водою, поднести къ рту, то ритмическое дрожаніе кисти руки и пред-

плечья, вначалѣ, при схватываніи стакана, едва замѣтно; но оно постепенно усиливается по мѣрѣ того, какъ этотъ послѣдній приближается къ губамъ. Только въ моментъ, когда цѣль достигнута, зубы съ силой ударяются о стѣнку стакана и жидкость выбрасывается. Однако это разстройство, повторяю вамъ, проявляется только въ случаяхъ, гдѣ движенія имѣютъ извѣстную полноту. Если производятся небольшія работы: шитье, вязанье, то нарушеній почти совсѣмъ не наблюдается. Нѣсколько времени тому больная могла писать довольно ясно; правда, почеркъ былъ нѣсколько дрожащій, но все-таки легко читаемый [5]).

Короче говоря, *дрожаніе*, о которомъ идетъ рѣчь, *проявляется только подъ вліяніемъ произвольныхъ движеній, имѣющихъ извѣстное распространеніе; оно прекращается, какъ только мышцы предоставлены полному покою.* Таково, Мм. Гг., явленіе, которое я вынужденъ признать за одинъ изъ самыхъ важныхъ клиническихъ признаковъ цереброспинальнаго склероза въ формѣ бляшекъ. Конечно, я не отрицаю, что явленіе это наблюдалось иногда и въ другихъ страданіяхъ, напримѣръ—при ртутномъ отравленіи, при хроническомъ менингитѣ съ склерозомъ кортикальнаго слоя спиннаго мозга, въ первичномъ или послѣдовательномъ склерозѣ боковыхъ канатиковъ. Оно не составляетъ, какъ мы увидимъ, постояннаго симптома. Но я

[5]) Здѣсь мы представляемъ два обращика письма больной, по имени Лер.., которая умерла отъ склеротическаго процесса, въ отдѣленіи д-ра Шарко. Женщина эта поступила въ Салпетріеръ 24 Сентября, 1864 г. Въ маѣ 1865 г., Шарко собралъ слѣдующіе отрывки изъ ея письма (фиг. 13).

Фиг. 13.



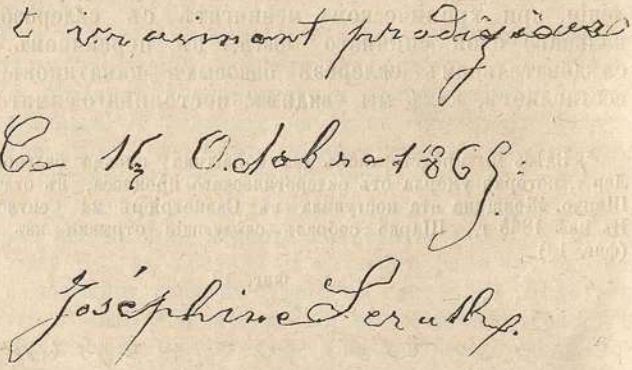
Начиная съ іюня мѣсяца, Лер... начали лечить азотнокислымъ сереб-

желаю доказать въ настоящее время, что при бляшечномъ склерозѣ, если не наступило какого либо осложненія, дрожаніе, какъ бы незначительно оно ни было, всегда проявляется тѣми особенностями, на которыя я указалъ выше. Вообще, это симптомъ, который уже самъ по себѣ позволилъ бы отдѣлить многнѣздный склерозъ нервныхъ центровъ отъ другихъ страданій, настолько сходныхъ съ нимъ, что ошибка дѣлается возможной. По поводу этого, я войду въ нѣкоторыя подробности.

Дрожаніе при *paralysis agitans* существуетъ, какъ въ покойномъ состояніи членовъ, такъ и при произвольныхъ движеніяхъ ихъ. Я представляю вамъ женщину, у которой втеченіи многихъ лѣтъ существуетъ постоянное дрожаніе. Оно прекращается только, когда несчастная покоится глубокимъ сномъ. Однако существуютъ случаи paralysis agitantis, гдѣ дрожаніе

бромъ (сначала 2, а потомъ 4 милиграмма). Подъ вліяніемъ этого леченія дрожаніе замѣтно уменьшилось, что можно видѣть изъ фиг. 14.

Фиг. 14.



Замѣтимъ, что въ маѣ 1865 г. больная очень уставала, написавъ только три строчки, факсимиле которыхъ мы и даемъ здѣсь, тогда какъ въ октябрѣ она была въ состояніи написать болѣе десяти строчекъ. Мы выбрали часть первой и послѣдней строчки.

По тѣмъ обращикамъ, которые мы имѣемъ, трудно составить понятіе о характерѣ письма больныхъ, одержимыхъ склерозомъ въ бляшкахъ. Къ тому-же всего чаще приходилось наблюдать больныхъ въ эпоху, когда болѣзненный процессъ зашелъ очень далеко; тогда отъ больныхъ получалось простое царапанье безъ значенія, тѣмъ болѣе, что не существовало образцовъ для сравненія.

является перемежающимся; но, что всего замѣчательнѣе, именно, въ такихъ случаяхъ дрожаніе наблюдается во время покоя членовъ и прекращается, какъ только они произвольно приводятся въ движеніе. Вы сами убѣдитесь на другой больной, которую я вамъ представляю, въ этомъ особенномъ свойствѣ дрожанія при paralysis agitans. Между прочимъ, вы убѣждаетесь на обѣихъ больныхъ, что голова не принимаетъ никакого участія въ дрожаніи и если кажется, что она дрожитъ, то дрожаніе это, очевидно, сообщено ей подергиваніями, которыя имѣютъ мѣсто въ членахъ и туловищѣ. Отсутствіе дрожанія является почти общимъ признакомъ при дрожательномъ параличѣ; я прибавлю, что приступы дрожанія при этомъ страданіи менѣе распространены, правильнѣе, быстрѣе и, такъ сказать, болѣе слиты, чѣмъ при многогнѣздномъ склерозѣ: въ послѣднемъ подергиванія гораздо полнѣе и во многихъ отношеніяхъ сходны съ движеніями при пляскѣ св. Витта. Сходство это до такой степени разительно, что до обнародованія настоящихъ работъ, склерозъ въ формѣ бляшекъ обозначался иногда именемъ ритмической хореи, хореевиднаго паралича.

Однако всегда легко отличить странныя и безпорядочныя движенія пляски св. Витта въ собственномъ смыслѣ, отъ ритмическихъ подергиваній при многогнѣздномъ склерозѣ. Замѣтимъ прежде всего, что въ этомъ послѣднемъ, если напр. дѣло идетъ о верхней конечности въ актѣ поднесенія руки ко рту, *общее направленіе движенія, все-таки существуетъ, несмотря на препятствія, производимыя дрожательными толчками,* толчками, которые, какъ мы сказали выше, усиливаются по мѣрѣ того, какъ рука приближается къ цѣли. На оборотъ, при chorea, при выполненіи того же самаго акта, *общее направленіе движенія уже съ самаго начала нарушается противорѣчащими движеніями* совершенно непропорціональной распространенности, *которыя лишаютъ возможности достигнуть цѣли.* Прибавимъ еще, что движенія при пляскѣ св. Витта проявляются вдругъ, внезапно, въ то время, когда члены находятся въ состояніи полнаго покоя. Такъ вы видите, что одержимый пляской, безъ всякаго волеваго импульса, высовываетъ языкъ, дѣлаетъ гримасу, подымаетъ конечность и т. д. Подобныхъ явленій при многогнѣздномъ склерозѣ никогда не наблюдается.

При *прогрессивной двигательной атаксіи*, если поражены верхнія конечности, вы увидите, что подъ вліяніемъ воли

происходятъ инкоординированныя движенія, напоминающія въ извѣстной степени жестикуляціи при пляскѣ св. Витта и дрожаніе при многогнѣздномъ склерозѣ. Слѣдующіе признаки позволяютъ установить дифференціальную діагностику. Прежде всего нужно замѣтить, что въ нарушеніи координаціи у атактиковъ, дрожанія въ собственномъ смыслѣ и ритмическихъ подергиваній не существуютъ; здѣсь наблюдаются жесты болѣе или менѣе безпорядочные, болѣе или менѣе порывистые и распространенные. Вглядитесь внимательнѣе въ движенія руки больной, при схватываніи маленькихъ предметовъ и вы тотчасъ же замѣтите совершенно специфическія особенности. Вы увидите, какъ въ моментъ схватыванія предмета, пальцы несоразмѣрно раздвигаются и сильно вытягиваются, наклоняясь къ тылу руки. Затѣмъ предметъ схватывается вдругъ, съ помощью почти судорожнаго, порывистаго и безпорядочнаго сгибанія всѣхъ пальцевъ. Это принадлежитъ атаксіи. Ничего подобнаго вы не замѣтите при склерозѣ въ разсѣянныхъ бляшкахъ. Наконецъ, я упомяну еще объ одномъ фактѣ—и фактъ этотъ на столько вѣренъ, что исключаетъ всякое недоразумѣніе: такъ при атаксіи закрытіе глазъ имѣетъ слѣдствіемъ крайне рѣзкое усиленіе нарушеній координаціи, тогда какъ оно нисколько не измѣняетъ ритмическихъ подергиваній при многогнѣздномъ склерозѣ.

Мы не должны однако забывать, что нѣкоторыя изъ явленій атаксіи примѣшиваются къ таковымъ же явленіямъ склероза въ бляшкахъ, когда склеротическіе островки занимаютъ въ нѣкоторыхъ отдѣлахъ спиннаго мозга, задніе канатики, на большомъ протяженіи—въ высоту. Такой случай, подробно описанный въ Atlas d'anatomie pathologique Крювелье можетъ служить примѣромъ этого рода [6]). Дѣло идетъ о больной Паже. Больная могла только взять и удержать иголку, прибѣгая къ помощи зрѣнія, иначе иголка ускользала изъ рукъ. По вскрытіи оказалась довольно обширная склеротическая бляшка, занимавшая задніе столбы шейнаго утолщенія. Однако я не хочу долѣе останавливаться на этомъ предметѣ, потому что намъ не разъ еще представится надобность разсматривать его подробнѣе.

До настоящаго времени, мы почти исключительно занимались дрожаніемъ, насколько оно поражаетъ верхнія ко-

[6]) Cruveilhier,—Atlas d'anatomie pathologique. Livraison. I и II, стр. 38.

нечности; но мы знаемъ, что оно встрѣчается и въ головѣ, туловищѣ и на нижнихъ конечностяхъ. Оно появляется въ этихъ различныхъ отдѣлахъ съ тѣми же особенностями, которыя мы описали, говоря о верхнихъ конечностяхъ, т. е. дрожаніе отсутствуетъ во время полнаго состоянія покоя и проявляется подъ вліяніемъ произвольныхъ движеній; извѣстныя положенія тѣла могутъ быть сохраняемы только въ силу дѣятельнаго, болѣе или менѣе энергическаго и совмѣстнаго сокращенія извѣстныхъ мышцъ или же цѣлой группы ихъ.

Чтобы пополнить все касающееся этого явленія, мы должны остановиться еще на нѣкоторыхъ подробностяхъ. Явленіе это, М.м. Г.г., какъ я уже говорилъ прежде, почти постоянно при черепно-спинной формѣ склероза въ разсѣянныхъ бляшкахъ. Однако не слѣдуетъ забывать, что существуютъ нѣкоторые исключительные случаи, относящіеся къ этой формѣ, въ которыхъ дрожаніе не наблюдается—фактъ до сихъ поръ не объясненный. Мнѣ удалось наблюдать нѣсколько случаевъ такого рода. Не должно забывать однако, М.м. Г.г., что дрожаніе въ бо́льшей или меньшей степени могло существовать въ извѣстномъ періодѣ болѣзни и исчезнуть только въ то время, когда больной поступилъ подъ наше наблюденіе. Поэтому необходимо распрашивать возможно подробнѣе больныхъ, у которыхъ это явленіе отсутствуетъ.

Можно принять за правило, что въ болѣе позднихъ періодахъ болѣзни, когда члены, вслѣдствіе постоянной контрактуры, дѣлаются мало подвижными, дрожаніе исчезаетъ. Если и вѣрно то, что дрожаніе начинается иногда съ самого начала болѣзни, то вообще надо сказать, что это явленіе довольно позднее. Наконецъ, М.м. Г.г., мы видимъ очень часто, почти всегда, что дрожаніе не длится такъ долго, какъ самая болѣзнь: оно уменьшается по мѣрѣ того, какъ больные ослабѣваютъ и къ концу роковаго исхода, оно иногда совершенно исчезаетъ.

III.

Въ настоящее время вы познакомились, М.м. Г.г., съ однимъ изъ самыхъ своеобразныхъ и важныхъ явленій склероза въ разсѣянныхъ бляшкахъ. Болѣе обстоятельное и по-

дробное изслѣдованіе нашего случая дозволитъ намъ собрать много другихъ, не менѣе важныхъ, признаковъ. Мы откроемъ у нашей больной цѣлую группу явленій, которыя я, въ противоположность явленіямъ спинно-мозговымъ, позволилъ бы себѣ назвать черепно-мозговыми. Группа эта заключаетъ въ себѣ извѣстныя нарушенія зрѣнія, рѣчи и умственныхъ сноспособностей.

А.—Займемся прежде всего нарушеніями зрѣнія. Сюда относятся диплопія, амбліопія и главнымъ образомъ дрожаніе глазнаго яблока (nystagmus).

а) Какъ при двигательной атаксіи, *диплопія* представляетъ явленіе первоначальное, вообще проходящее, о которомъ слѣдуетъ упомянуть лишь всколзь.

б) На оборотъ, *амбліопія*—явленіе болѣе продолжительное и къ тому же болѣе частое при церебро-спинальномъ склерозѣ въ бляшкахъ; мнѣ кажется, что я вправѣ утверждать, что она въ противуположность тому, что наблюдается при заднемъ склерозѣ, очень рѣдко приводитъ къ полной слѣпотѣ [7]). Это фактъ весьма замѣчательный, особенно, если принять во вниманіе, что послѣ смерти, склеротическія бляшки, занимавшія всю толщину нервнаго канатика были находимы и на зрительныхъ нервахъ, въ тѣхъ случаяхъ, гдѣ при жизни можно было констатировать простое ослабленіе зрѣнія [8]). Это кажущаяся диспропорція между симптомомъ и болѣзненнымъ процессомъ можетъ служить лучшимъ доказательствомъ того, что функціональная проводимость нервныхъ трубокъ не совершенно прекращена, не смотря на то, что послѣднія на своемъ протяженіи, въ тѣхъ мѣстахъ, гдѣ находятся бляшки, лишены міэлиновой оболочки и сохраняютъ только осевой цилиндръ.

Офтальмоскопическое изслѣдованіе, вообще очень затрудненное, вслѣдствіе дрожанія глазъ (nystagmus), обнаруживаетъ въ подобныхъ случаяхъ, то почти полную цѣлость зрительнаго соска, хотя амбліопія выражена очень рѣзко,

---

[7]) Въ одномъ наблюденіи, сообщенномъ Маньяномъ (Arch. de physiol. t. II стр. 765) существовала папилярная атрофія обоихъ глазъ съ полною слѣпотою.

[8]) Наблюденіе названной Аспазіи Биръ, сообщенное Вульпіаномъ; наблюденіе это было приведено in extenso въ трудѣ Ліувчиля подъ названіемъ: Observations detaillées de deux cas de la sclérose en îlots multiples et disséminés du cerveau et de la moelle epiniere Mémoir. de la Societé de Biolog. 1868, стр. 2 31.

то частичное пораженіе его, или же наконецъ въ рѣдкихъ случаяхъ, когда существуетъ полная слѣпота, [9]) полную атрофію (блѣдно-перламутровое окрашеніе, утонченіе сосудовъ и пр.) съ углубленіемъ (экскаваціей) соска зрительнаго нерва или безъ него.

У Г-жи В... все ограничивается довольно рѣзкой амбліопіей обоихъ глазъ. Офтамоскопическое изслѣдованіе не обнаруживаетъ никакого опредѣленнаго страданія. Однако замѣчательно, что у нея ослабленію зрѣнія предшествовало появленіе свѣта молніи и искръ въ глазахъ. Тоже самое явленіе замѣчено и въ другихъ случаяхъ амбліопіи, связанныхъ съ многогнѣзднымъ склерозомъ.

в) Дрожаніе глазныхъ яблокъ (*Nystagmus*) представляетъ явленіе большой важности въ діагностическомъ отношеніи, такъ какъ оно встрѣчается почти въ половинѣ всѣхъ случаевъ. При атаксіи, сколько я знаю, оно встрѣчается только въ видѣ исключенія. Вы могли убѣдиться, что оно существовало у г-жи В... въ очень сильной степени. Здѣсь дѣло идетъ о небольшихъ подергиваніяхъ, которыя заставляютъ оба глазныя яблока одновременно поворачиваться справа налѣво, затѣмъ слѣва направо и на оборотъ. Встрѣчаются случаи, гдѣ nystagmus отсутствуетъ, пока взлядъ остается блуждающимъ, но проявляется тотчасъ-же, какъ скоро больные начинаютъ пристально фиксировать какую-либо точку.

Б.—Болѣе частое явленіе, чѣмъ nystagmus, почти постоянное при цереброспинальномъ склерозѣ, такъ какъ мы встрѣчали его въ двадцати случаяхъ изъ двадцати трехъ—это *особенное затрудненіе рѣчи*, полное развитіе котораго, вы можете изучить на нашей больной.

Рѣчь медленна, растянута, по временамъ совсѣмъ не внятна. Кажется, будто языкъ больныхъ сдѣлался „очень толстымъ“ и начало ихъ разговора напоминаетъ бормотаніе пьяныхъ. Болѣе внимательное изслѣдованіе показываетъ, что слова какъ бы скандируются, между каждымъ слогомъ существуетъ остановка; слова вообще произносятся медленно. Существуетъ колебаніе въ артикуляціи словъ, но, собственно говоря, мы не видимъ у нихъ ничего подобнаго заиканію. Извѣстныя согласныя: *л*, *п*, *г*, произносятся особенно неудовлетворительно.

---

[9]) Наблюденіе, приведенное Маньяномъ.

У г-жи В... какъ вы это сами видите, существуетъ извѣстная медленность въ движеніяхъ языка; вы видите также, что высунутый изо рта, онъ сильно дрожитъ. Однако не слѣдуетъ думать, что это явленіе постоянное и я самъ видѣлъ нѣсколько разъ, что рѣчь могла быть затрудненной въ высокой степени, причемъ языкъ не представлялъ ни малѣйшихъ слѣдовъ дрожанія. Къ тому же всегда, по моимъ наблюденіямъ, языкъ сохраняетъ свой нормальный объемъ и я ни разу не видѣлъ сморщиваній на его поверхности, какъ это наблюдается въ извѣстныхъ случаяхъ губно-глоточно-гортаннаго паралича съ атрофіею язычныхъ мышцъ.

Вначалѣ едва замѣтное затрудненіе въ рѣчи постепенно усиливается втеченіи болѣзни, такъ что разговоръ больныхъ дѣлается иногда совершенно непонятнымъ. Бываютъ случаи, гдѣ оно усиливается вдругъ, какъ бы приступомъ, а затѣмъ временно способность говорить снова улучшается. Вообще, затрудненіе въ рѣчи, наблюдаемое при цереброспинальномъ склерозѣ, во многихъ отношеніяхъ сходно съ явленіемъ, встрѣчающимся при общемъ прогрессивномъ параличѣ. Мнѣ кажется даже, что во многихъ подобныхъ случаяхъ, если не принимать во вниманіе осложняющихъ явленій, дифференціальная діагностика была бы почти невозможною. Прибавимъ что эта аналогія можетъ сдѣлаться еще болѣе поразительнѣе, вслѣдствіе того обстоятельства, что, какъ при многогнѣздномъ склерозѣ, такъ и при общемъ параличѣ, произношенію словъ предшествуетъ, какъ вы это видите у нашей больной, родъ легкихъ судорожныхъ сокращеній губъ. Какъ бы то ни было, это нарушеніе въ артикуляціи словъ, на которое я обратилъ ваше вниманіе, составляетъ крайне важное явленіе многогнѣзднаго склероза. Оно можетъ способствовать основанію діагноза, главнымъ образомъ въ случаяхъ, правда исключительныхъ, въ которыхъ не имѣетъ мѣста ни дрожаніе головы, ни дрожаніе верхнихъ конечностей.

Къ этимъ явленіямъ послѣдовательно могутъ присоединиться, особенно въ позднѣйшихъ періодахъ болѣзни, извѣстныя нарушенія въ глотаніи, кровообращеніи и даже дыханіи. Это уже явленія *прогрессивнаго паралича продолговатаго мозга*, на которыя должно обратить вниманіе, такъ какъ при быстромъ усиленіи, они могутъ иногда вдругъ, почти внезапно, повести къ смерти. Вслѣдствіе важности, которую

они представляютъ въ прогностическомъ отношеніи, они составятъ предметъ особой лекціи.

В.—Почти въ трехъ четвертяхъ случаевъ, *головокруженіе* представляетъ явленіе, указывающее на начало многогнѣзднаго склероза въ нервныхъ центрахъ. На сколько я могу судить по свѣденіямъ, сообщаемымъ мнѣ по этому предмету больными, здѣсь дѣло идетъ о вращательномъ головокруженіи (vertige giratoire). Кажется, что всѣ окружающіе предметы вращаются съ удивительно быстротою и что самъ больной испытываетъ круговое движеніе. Боясь потерять равновѣсіе, больной ищетъ опоры у близъ стоящихъ предметовъ. Чаще всего головокруженіе возвращается приступами, черезъ короткіе промежутки времени, иногда втеченіи извѣстнаго времени продолжается безъ перерыва, сопровождаясь дрожаніемъ и паралитическимъ состояніемъ членовъ. Вслѣдствіе этого походка и стояніе дѣлаются колеблющимися, почти невозможными для больнаго. Не слѣдуетъ смѣшивать колебанія съ неувѣренностью въ походкѣ, которая зависитъ отъ диплопіи: эта послѣдняя исчезаетъ, какъ только больной закрываетъ одинъ глазъ.

Головокруженіе, о которомъ идетъ рѣчь, явленіе тѣмъ болѣе интересное, что оно не встрѣчается, ни при двигательной атаксіи, ни при дрожательномъ параличѣ, а потому оно можетъ служить точкою опоры при распознаваніи.

Г.—Большая часть больныхъ, одержимыхъ многогнѣзднымъ склерозомъ, которыхъ мнѣ удалось наблюдать въ извѣстномъ періодѣ болѣзни, представляла крайнюю особенность въ *выраженіи лица*. Взглядъ блуждающій, неопредѣленный; губы опущенныя, полуоткрытыя; черты лица выражаютъ отупѣніе, иногда даже оцѣпенѣніе. Этому господствующему выраженію лица почти всегда соотвѣтствуетъ ослабленіе умственныхъ способностей. Мы видимъ замѣтное ослабленіе памяти, соображеніе медленно, умственныя способности въ общемъ притуплены. Что кажется особенно преобладающимъ у больныхъ—это родъ безучастія, почти идіотское отношеніе ко всему окружающему. Нерѣдко можно видѣть такихъ больныхъ, то смѣющимися [10]), то горько плачущими, безъ всякой видимой

[10]) Одна больная изъ отдѣленія Шарко, о которой намъ сейчасъ придется говорить, Гортензія Др., очень часто была одержима, безъ всякаго повода, приступами смѣха, который она не могла подавить. Будучи

причины.—Нерѣдко также, замѣчаютъ среди такого умственнаго угнетенія, развитіе психическихъ растройствъ, которыя принимаютъ, то ту, то другую изъ типическихъ формъ умопомѣшательства.

Одинъ изъ больныхъ Валентинера, обыкновенно бывшій меланхоликомъ, страдалъ отъ времени до времени *бредомъ величія*. Другой больной, исторія котораго очень недавно сообщена докторомъ Лейбе [11]), считалъ себя назначеннымъ быть королемъ и даже императоромъ; по его словамъ, онъ имѣлъ множество быковъ, лошадей, прекрасныхъ домовъ и т. д., а также, что въ скоромъ времени онъ долженъ жениться на «графинѣ» и т. п. [12]).

Г-жа В... уже нѣсколько недѣль одержима настоящимъ припадкомъ липеманіи. У нея развились галлюцинаціи зрѣнія и слуха: ей представлялись ужасныя лица и слышались голоса, угрожавшіе „гильотиной.“ Она была убѣждена, что мы хотимъ отравить ее. Втеченіи двадцати дней она отказывалась отъ всякаго рода пищи, такъ что мы вынуждены были питать ее впродолженіи этого времени при помощи пищеводнаго зонда. Въ данную минуту припадки эти почти совершенно исчезли, однако голоса все еще слышатся ей по временамъ.—Вы видѣли, что больная, во время нашего изслѣдованія, разразилась судорожнымъ смѣхомъ, который ей трудно было подавить; за этимъ послѣднимъ вскорѣ послѣдовали слёзы.

IV.

Чтобы покончить, Мм. Гг., съ описаніемъ случая, который я вамъ представилъ, какъ типъ *многогнѣзднаго склероза* нервныхъ центровъ, мнѣ остается обратить ваше вниманіе на состояніе нижнихъ конечностей.

Вы замѣтили, что г-жа В... не можетъ ни встать, ни

еще до болѣзни одержима приступами гнѣва, она замѣтила съ сожалѣніемъ, что они усилились послѣ начала болѣзни. (Б.).

[11]) Ueber multiple inselförmige Sklerose des Gehirns und Rueckenmarks (Deutsch. Archiv. 8 Band. 1 Heft. Leipzig 1870, стр. 141).

[12]) Одна изъ больныхъ, Аспазія Б... находившаяся подъ наблюденіемъ Ліувиля въ отдѣленіи Вульпіана, имѣла галлюцинаціи. — Розина Спиталь, исторію которой мы привели вкратцѣ (Bourneville и Guérard loc. cit. стр. 92), по Валентинеру, за нѣсколько мѣсяцевъ до роковаго конца впала въ настоящее тупоуміе. (Б.).

стоять, ни пройти нѣсколько шаговъ безъ поддержки двухъ сидѣлокъ. Можно догадаться, что причина этой двигательной неспособности заключается, главнѣйшимъ образомъ, какъ бы въ тугоподвижности, обнаруживающейся въ нижнихъ конечностяхъ, какъ въ сидячемъ, такъ и въ стоячемъ положеніи и усиливающейся до высокой степени, какъ только больная дѣлаетъ попытку встать и ходить.

Эта контрактура нижнихъ конечностей, въ настоящее время постоянная, появилась у г-жи В... очень недавно; дѣйствительно, явленіе это составляетъ принадлежность позднѣйшихъ періодовъ болѣзни. Всегда, при дальнѣйшемъ развитіи болѣзненнаго процесса, этому сведенію членовъ за долгое время предшествуетъ *паретическое состояніе*, представляющее нѣкоторыя особенности, съ которыми я и познакомлю васъ немедленно.

Что касается въ частности нашего случая, то клиническая исторія г-жи В... представляетъ нѣкоторыя особенности, если и не обсолютно исключительныя, то, во всякомъ случаѣ, непостоянно встрѣчающіяся. Но въ настоящее время я оставлю ихъ въ сторонѣ и возвращусь къ нимъ впослѣдствіи.. Въ нижеслѣдующемъ описаніи, я обращу ваше вниманіе на нѣкоторыя подробности, взятыя изъ нѣсколькихъ наблюденій, гдѣ періодъ пареза развился согласно нормальнымъ условіямъ.

Парезъ конечностей.—Дѣло идетъ о болѣе или менѣе выраженномъ ослабленіи двигательной способности конечностей, которое проявляются всего чаще съ самаго начала болѣзни, но къ которому обыкновенно не присоединяется никакого замѣтнаго нарушенія въ сферѣ чуствительности.

Вообще, прежде всего поражается одна изъ нижнихъ конечностей. Она кажется тяжелой, трудноподвижной; стопа, при малѣйшемъ препятствіи, подвертывается, или же вся конечность вдругъ подгибается подъ тяжестью тѣла. Другая конечность раньше или позже тоже вовлекается въ паретическій процессъ. Однако, такъ какъ парезъ чаще всего развивается крайне медленно, то больные, втеченіи долгаго времени, въ состояніи ходить и заниматься своими дѣлами; но, наконецъ, наступаетъ время, когда, вслѣдствіе ожесточенія двигательнаго паралича, они должны слечь въ постель. Верхнія коконечности поражаются также или одна за другой, или же одновременно обѣ, но всегда въ болѣе позднемъ періодѣ

болѣзни. Очень часто вначалѣ замѣчаются перемежки: такъ, очень нерѣдко можно видѣть, что ослабленныя нижнія конечности на время снова пріобрѣтаютъ свою прежнюю энергію. Такія перемежки могутъ иногда повторяться два и три раза. Я указываю на эту особенность потому, что она навѣрное не встрѣчается въ такой же степени при другихъ хроническихъ страданіяхъ спиннаго мозга.

Я долженъ на минуту остановиться на указанномъ уже отсутствіи разстройствъ въ сферѣ чувствительности. Правда, больные жалуются иногда на чувство ползанія мурашекъ, на отяжелѣніе ослабленныхъ членовъ, но явленія эти имѣютъ всегда характеръ временной и мало выражены. Къ тому же легко доказать, что чувствительность кожи въ пораженныхъ членахъ, во всѣхъ ея видахъ, почти всегда сохранена. Чувство стягиванія и происходящія при этомъ, какъ бы опоясывающія боли, припадки стрѣляющихъ болей, играющія столь важную роль въ первыхъ періодахъ двигательной прогрессивной атаксіи, здѣсь совершенно отсутствуютъ. Тоже самое относится и къ потерѣ сознанія положенія частей членовъ, которая также всецѣло принадлежитъ атаксіи. Она не существуетъ при правильномъ многогнѣздномъ склерозѣ и страдающіе этимъ послѣднимъ, могутъ, закрывши глаза, совершенно вѣрно опредѣлить положеніе, данное ихъ членамъ. Закрытіе глазъ не имѣетъ также никакого замѣтнаго вліянія ни на стояніе, ни на ходьбу. Походка невѣрна, затруднена, шатающаяся, вслѣдствіе мышечной слабости, которая рано или поздно всегда присоединяется къ другимъ явленіямъ. Стопы вывернутыя въ сторону, для расширенія основанія опоры, съ трудомъ волочатся по полу, отъ котораго онѣ едва могутъ отдѣляться. Если шатаніе тѣла обнаруживается при ходьбѣ, больнымъ, ежеминутно угрожаетъ паденіе и дѣйствительно они падаютъ очень часто. Нижнія конечности не закидываются чрезмѣрно впередъ и какъ бы судорожно, какъ это обыкновенно имѣетъ мѣсто при склерозѣ заднихъ канатиковъ. Сфинктеры тоже очень рѣдко принимаютъ участіе въ ослабленіи мышцъ конечностей, что составляетъ прямой контрастъ въ отношеніи многихъ страданій спиннаго мозга, при которыхъ, на оборотъ, растройства отправленій мочеваго пузыря и прямой кишки уже очень рано присоединяются къ другимъ страданіямъ. Наконецъ, чтобы дополнить картину, мы должны указать на обыкновенное отсутствіе при параплегіи въ много-

гнѣздномъ склерозѣ, нарушенія питанія мышцъ. Ослабленныя мышцы, втеченіи долгаго времени, даже до конца, сохраняютъ свои контуры и свой объемъ; подвергнутыя дѣйствію фарэдизаціи, онѣ ни въ какомъ періодѣ не показываютъ замѣтнаго ослабленія электрической сократительности.

Присоединеніе непостоянныхъ, исключительныхъ симптомовъ. Въ настоящее время я укажу на извѣстное число явленій, о которыхъ я до сихъ поръ не упоминалъ, потому что они не составляютъ принадлежности обыкновеннаго типа болѣзни.

Нужно замѣтить, что въ извѣстныхъ случаяхъ они примѣшиваются къ обыкновеннымъ явленіямъ, иногда они бываютъ такъ рѣзко выражены, что ошибка, особенно для наблюдателя незнакомаго съ ними, почти неизбѣжна. Въ этомъ отношеніи наблюденіе надъ г-жою В... можетъ дать намъ весьма важныя свѣденія. Я приведу нѣкоторыя подробности, которыя помѣчены 24 мартомъ 1867 г., т. е. за три года до настоящаго времени. Въ это время парезъ и дрожаніе нижнихъ конечностей были на столько выражены, что больная не могла иначе ходить какъ поддерживаемая двумя сидѣлками, при этомъ было замѣчено слѣдующее—во время ходьбы, ноги забрасывались впередъ, „какъ у атактиковъ". Когда глаза закрыты, начинается «усиленіе колебанія», «потеря равновѣсія» и паденіе было бы неизбѣжно, если бы больную не поддержали. На нижнихъ конечностяхъ, «осязательная чувствительность замѣтно ослаблена». — Больная, при закрытыхъ глазахъ, не можетъ указать положенія; даннаго ея членамъ». «Она отъ времени до времени испытываетъ сильныя стрѣляющія боли». Наконецъ констатировано было существованіе опоясывающихъ болей.

Въ этомъ перечисленіи вы узнаете, почти всю серію тѣхъ явленій, которыя клинически характеризуютъ прогрессивную двигательную атаксію; нѣкоторыя изъ нихъ и до настоящаго времени существуютъ у нашей больной, но вообще, они значительно слабѣе и отодвинулись на задній планъ. Спрашивается, какимъ образомъ могли явленія эти, въ то время когда они казались преобладающими, затруднить распознаваніе? Конечно нѣтъ и я убѣжденъ, что во всѣхъ случаяхъ подобнаго рода, вы избѣгнете ошибки, принимая во вниманіе слѣдующія соображенія.

Уже тотъ фактъ, что парезъ нижнихъ конечностей не существующій при заднемъ склерозѣ, или являющійся во

всякомъ случаѣ въ позднѣйшихъ его періодахъ, присоединяется къ *атактическимъ явленіямъ*, или же предшествуетъ имъ, наведетъ васъ на вѣрный путь. Кромѣ того вы навѣрно замѣтите одновременое существованіе нѣкоторыхъ изъ явленій, принадлежащихъ только многогнѣздному склерозу, а именно: *дрожаніе* конечностей, *затрудненіе въ рѣчи, головокруженіе, дрожаніе глазныхъ яблокъ* (nystagmus) и пр. Къ тому-же необходимо понять причину—почему атактическія явленія проявляются иногда, какъ упомянуто было выше, втеченіи склеротическаго процесса? По моему мнѣнію, здѣсь вовсе нѣтъ смѣшенія двухъ элементарныхъ формъ болѣзни: двигательной, прогресивной атаксіи и цереброспиннаго склероза въ разсѣянныхъ бляшкахъ. Что касается меня, то я ни разу не встрѣчалъ на трупѣ одновременнаго существованія сѣраго многогнѣзднаго отвердѣнія вмѣстѣ съ *пучковатымъ* заднимъ склерозомъ; не желая отрицать возможности такого совмѣстнаго существованія этихъ двухъ процессовъ, я думаю, покрайней мѣрѣ, что оно очень рѣдко. На оборотъ, можно встрѣтить не рѣдко, что склеротическія бляшки, почти всегда занимающія главнымъ образомъ передне-боковые канатики переходятъ на задне-боковыя борозды и поражаютъ задніе канатики. Я видѣлъ нѣсколько разъ ихъ слившимися и занимающими значительную часть толщи этихъ канатиковъ—на всемъ протяженіи извѣстной области спиннаго мозга, напр. поясничной. По этому, въ случаяхъ послѣдняго рода, атактическія явленія проявлялись при жизни въ различныхъ степеняхъ. Я не сомнѣваюсь, что подобное же распредѣленіе объяснитъ намъ впослѣдствіи тѣ стрѣляющія боли, то нарушеніе двигательной координиціи, однимъ словомъ весь тотъ комплексъ симптомовъ, который существовалъ у г-жи В... [13])

---

[13]) Наблюденія склероза въ разсѣянныхъ бляшкахъ, при которомъ задніе канатики также принимали участіе на столько, что вызывали нѣкоторыя изъ явленій атаксіи, довольно многочисленны. Прежде всего мы упомянемъ случай Паже, описанный Крювелье въ его Atlas, затѣмъ три случая, подробно описанные въ нашемъ мемуарѣ. Первый относится къ женщинѣ, по имени Бруаза, умершей въ отдѣленіи Шарко *(склерозъ въ бляшкахъ, занимавшій преимущественно задніе канатики)*; два другіе, можетъ быть, болѣе характеристичные въ томъ отношеніи, что симптомы и разстройства, вызванные склерозомъ въ бляшкахъ, были рѣзче выражены, сообщены Фридрейхомъ. Наконецъ мы вкратцѣ приведемъ случай, имѣвшій мѣсто во время осады, въ отдѣленіи Марротта.

Къ обыкновеннымъ, такъ сказать, заурядным явленіямъ многогнѣзднаго склероза могутъ присоединиться еще непостоянныя, исключительныя явленія другаго рода. Я видѣлъ въ нѣкоторыхъ случаяхъ, къ тому-же въ очень характеристическихъ, при этомъ страданіи появленіе атрофіи извѣстныхъ мышцъ или цѣлыхъ группъ ихъ, напоминающую собою, какъ по мѣстоположенію, такъ и по самой формѣ заболѣванія, прогрессивную атрофію мышцъ. Въ двухъ случаяхъ я могъ анатомически объяснить причину этого новаго осложненія: въ этихъ двухъ случаяхъ ирритативный процессъ, гнѣздившійся въ склеротическихъ фокусахъ, въ нѣкоторыхъ отдѣлахъ спиннаго мозга, сообщился нервнымъ клѣткамъ переднихъ роговъ сѣраго вещества, вслѣдствіе чего клѣтки эти подверглись глубокимъ измѣненіямъ. Такимъ образомъ послѣ приведенныхъ изслѣдованій, оказывается несомнѣннымъ, что мышечная прогрессивная аміотрофія,—будетъ ли она явленіемъ первичнымъ или вторичнымъ,—происходитъ всего чаще отъ ирритативнаго поврежденія большихъ клѣтокъ, именуемыхъ двигательными [14]).

Жозефина Легр..., 46 лѣтъ, мотальщица шелку, заболѣла два года предъ тѣмъ. Съ точки зрѣнія атаксіи она представляла слѣдующіе симптомы: затрудненіе въ ходьбѣ при закрытыхъ глазахъ, значительную потерю способности въ опредѣленіи положенія членовъ; частыя стрѣляющія боли въ колѣнахъ и ногахъ; ноющія боли. Но рядомъ съ этими явленіями замѣчалось—довольно значительное паретическое ослабленіе нижнихъ конечностей; сохраненіе различныхъ видовъ чувствительности, какъ на верхнихъ, такъ и на нижнихъ конечностяхъ; отсутствіе нарушеній зрѣнія. — Женщина эта умерла отъ піэлоцистита, осложненнаго пролежнями крестца. *Вскрытіе:* склеротическія бляшки на лѣвомъ, наружномъ, двигательномъ глазномъ и зрительныхъ нервахъ; склеротическія бляшки на Вароліевомъ мосту и верхней ножкѣ мозжечка правой стороны; — склеротическія бляшки на поверхности боковыхъ желудочковъ, въ срединѣ овальнаго центра, на передней поверхности продолговатаго мозга и въ 4-мъ желудочкѣ.—Въ спинномъ мозгу мы нашли: 1) склеротическую бляшку, длиною въ 10 сантим., занимавшую задній лѣвый канатикъ; 2-е) такую же бляшку, но нѣсколько меньшую, на правомъ, заднемъ канатикѣ; 3-е) подъ нею, другую, нѣсколько ограниченную бляшку, занимавшую оба задніе канатика; наконецъ 4-е) на передне-боковыхъ поверхностяхъ спиннаго мозга найдено нѣсколько маленькихъ склеротическихъ бляшекъ. (Б.).

[14]) Эрбштейнъ (Deutsch. Arch. für Klinisch. Mediz. Т. X, книга 6, стр. 595) приводитъ исторію одного больнаго умершаго отъ склероза въ бляшкахъ (форма—bulbo-spinalis), у котораго при жизни была замѣчена атрофія передняго отдѣла *языка*. Гистологическое изслѣдованіе, сдѣланное позднѣе, показало: 1-е, многочисленныя гнѣзда перерожденія, внѣдренныя нетолько между начальными волокнами языкоглоточнаго нерва, но въ тоже время встрѣчавшіяся на его протяженіи и въ нѣкоторыхъ мѣстахъ пре-

Постоянное сведеніе конечностей.—Спинномозговая эпилепсія. —Теперь время снова возвратиться къ сведенію нижнихъ конечностей, которое у больной В. представляетъ теперь явленіе постоянное и типъ самый совершенный. М.м. г.г., явленіе это самое частое въ позднѣйшихъ періодахъ многогнѣзднаго склероза; наступаетъ оно не вдругъ, безъ перехода, вслѣдъ за парезомъ. Въ извѣстномъ періодѣ паретическаго состоянія, или самостоятельно, или же подъ вліяніемъ извѣстныхъ возбужденій, замѣчается появленіе извѣстнаго вида припадковъ, втеченіи которыхъ нижнія конечности, какъ бы окоченѣваютъ въ сильной экстензіи и въ тоже время, такъ сказать, слипаются одна съ другой. Припадки, продолжающіеся нѣсколько часовъ, а иногда и дней, отдѣлены между собою болѣе или менѣе длинными промежутками. Позднѣе, промежутки эти становятся все короче и короче и наконецъ наступаетъ минута, когда контрактура дѣлается постоянной и устанавливается окончательно. Когда дѣло дошло до этого, то мы наблюдаемъ слѣдующее явленіе: нижнія конечности, какъ и во время припадка, находятся въ состояніи экстензіи, бедра экстендированы, относительно таза, голени въ отношеніи къ бедрамъ, стопы представляютъ видъ косолапости—pes equino-varus, тѣмъ болѣе, что колѣна до такой степени прижаты одно къ другому, что раздвинуть ихъ можно только при большомъ наружномъ усиліи. По бо́льшей части нижнія конечности поражаются одновременно и въ одинаковой степени. Сведеніе ихъ достигаетъ иногда такой высокой степени, что подымая одну изъ конечностей, мы подымаемъ вмѣстѣ съ тѣмъ разомъ и всю нижнюю половину тѣла больной, лежащей въ постели. Только въ очень рѣдкихъ случаяхъ и то въ позднѣйшихъ періодахъ болѣзни, сгибаніе бедеръ и голеней преобладаетъ надъ ихъ экстензіей. Постоянная контрактура можетъ встрѣтиться, что впрочемъ составляетъ исключительное явленіе и на

рывавшія цѣлость его. На разрѣзѣ найдено, что зерно ствола языкоглоточнаго нерва было замѣнено островкомъ склерозированной ткани; 2-е, мышечныя волокна передней части языка подверглись жировому перерожденію; поражены были также нѣкоторыя изъ мышечныхъ волоконъ основанія языка. У одной больной, по имени Венсанъ, которая умерла отъ склероза въ бляшкахъ, Шарко наблюдалъ атрофію мышцъ возвышенія большаго пальца. Ладонь представляла углубленіе, на днѣ которой видны были сухожилія сгибателей. (Б.).

верхнихъ конечностяхъ, которыя тогда равнымъ образомъ подвергаются усиленной экстензіи и плотно прилегаютъ съ боковъ къ туловищу. Здѣсь, М.м. Г.г., мы имѣемъ дѣло съ судорожнымъ сокращеніемъ, которое одновременно и почти въ равной степени, поражаетъ мышцы—антагонисты, потому что почти также трудно согнуть члены, если они вытянуты, какъ разогнуть ихъ, когда они согнуты.

Если взять одну изъ оконечностей стопы въ руки и довольно сильно вытянуть ее, то тотчасъ-же на всемъ протяженіе соотвѣтствующаго члена происходитъ родъ судорожнаго дрожанія, напоминающаго подергиванія при отравленіи стрихниномъ, подергиванія, которыхъ однако не слѣдуетъ смѣшивать съ особеннымъ дрожаніемъ появляющимся подъ вліяніемъ произвольныхъ движеній. Оно не всегда ограничивается нижней конечностью, стопа которой упомянутымъ образомъ вытянута; часто оно распространяется на конечность противуположной стороны. Раздраженіе можетъ быть иногда на столько интензивнымъ, что сообщается всему тѣлу больнаго и даже кровати, на которой онъ покоится. У нѣкоторыхъ особъ, подергиванія эти продолжаются нѣсколько минутъ и даже долѣе, послѣ того какъ раздраженіе, вызвавшее ихъ уже прекратилось. Однако, какъ показалъ Браунъ-Секаръ и какъ я самъ многократно наблюдалъ послѣ него, подергиванія эти можно прекратить вдругъ, охватывая стопу всей рукою и внезапно сгибая съ силой одинъ изъ большихъ пальцевъ. Тотчасъ за этой манипуляціей, исчезаетъ тетаническая окоченѣлость и судорожныя подергиванія въ обѣихъ конечностяхъ, которыя мгновенно становятся „мягкими и гибкими, какими онѣ бываютъ послѣ смерти до—наступленія трупнаго окоченѣнія“ [15]). Фарэдизація, щипаніе кожи ноги, рѣже разминаніе (массажъ) нижней конечности, вліяніе холода, щекотаніе подошвы стопы, могутъ также вызвать судорожныя подергиванія. Послѣднія развиваются также, то, повидимому, совершенно независимо, то подъ вліяніемъ акта рвоты и испражненія, поворачиванія въ постели, вставанія и т. д. При ходьбѣ, которую постоянное сведеніе мышцъ не совсѣмъ исключаетъ, когда больные ходятъ на кончикахъ пальцевъ, не касаясь пяткою пола—появляются также судорожныя подергиванія. Наконецъ, подергиваніе эти могутъ являться времен-

[15]) Brown-Séquard.—Archiv. de Physiologie, т. I, стр. 158.

но, вмѣстѣ съ окоченѣлостью, даже втеченіи паретическаго періода, подъ вліяніемъ одного или нѣсколькихъ изъ видовъ раздраженія, указанныхъ выше.

М.м. Г.г., явленіе, главнѣйшіе признаки котораго я вамъ изложилъ, есть ничто иное, какъ *спинномозговая эпилепсія*, описанная Браунъ-Секаромъ.—У г-жи В. мы наблюдаемъ ее въ формѣ, которую я предложилъ бы назвать *тонической*.—Форма эта, всего чаще наблюдаемая при сѣромъ многогнѣздномъ склерозѣ, можетъ быть противупоставлена формѣ *подскакивающей* (saltatoire), которая, на оборотъ, преобладаетъ при прогрессивной атаксіи и нѣкоторыхъ другихъ страданіяхъ спиннаго мозга.

На сказанномъ о постоянномъ сведеніи членовъ и спинно-мозговой эпилепсіи, мы пока и остановимся. Въ самомъ дѣлѣ, эти явленія не принадлежатъ исключительно многогнѣздному склерозу нервныхъ центровъ. Поэтому они будутъ изложены отдѣльно, въ общемъ ихъ видѣ и по отношенію къ различнымъ страданіямъ спиннаго мозга, къ которымъ они относятся.

ЛЕКЦІЯ ВОСЬМАЯ.

ОБЪ АПОПЛЕКТИ-ОБРАЗНЫХЪ ПРИСТУПАХЪ ПРИ СКЛЕРОЗѢ ВЪ РАЗСѢЯННЫХЪ БЛЯШКАХЪ. — О ПЕРІОДАХЪ И ФОРМАХЪ. — ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗІОЛОГІЯ. — ЭТІОЛОГІЯ. — ЛЕЧЕНІЕ.

Содержаніе. Апоплекти-образные приступы. Ихъ частое появленіе при склерозѣ въ разсѣянныхъ бляшкахъ. Общія разсужденіи объ апоплекти - образныхъ приступахъ при общемъ параличѣ и въ случаяхъ старыхъ мозговыхъ страданій въ видѣ фокусовъ (кровоизліяніе и размягченіе мозга). Патогенезъ апоплекти - образныхъ приступовъ: неудовлетворительность конгестивной теоріи. Симптомы: состояніе пульса, повышеніе центральной температуры. Случаи апоплекти-образныхъ и эпидептивидныхъ приступовъ у застарѣлыхъ гемиплегиковъ. Важное значеніе температуры съ точки зрѣнія діагностики.

О періодахъ склероза въ бляшкахъ. Первый, второй и третій періоды. Явленія при параличѣ, вслѣдствіе страданія продолговатаго мозга. О формахъ и продолжительности склероза въ бляшкахъ.

Патологическая физіологія. Отношенія между симптомами и болѣзненными измѣненіями.

Этіологія. Вліяніе пола и возраста. Наслѣдственность. Предыдущія нервныя пораженія. Случайныя причины: продолжительное вліяніе холодной сырости; травматическія причины. Нравственныя причины.

Предсказаніе. Леченіе.

М.м. г.г.,

Въ настоящее время я прежде всего хочу обратить вниманіе на нѣкоторыя мозговыя явленія, которыя могутъ осложнять симптоматологію церебро-спинальнаго склероза въ бляшкахъ. Я говорю объ *апоплекти-образныхъ приступахъ*, которые являются иногда по нѣскольку разъ втеченіи болѣзни и которыми иногда заканчивается жизнь. Такіе приступы у г-жи В., клиническая исторія которой во мно-

гихъ отношеніяхъ очень разнообразна, еще не появлялись до сихъ поръ. Однако ничто не дозволяетъ намъ утверждать, что они не явятся. Дѣйствительно, это не очень рѣдкое осложненіе; я нахожу его отмѣченнымъ въ пятой части случаевъ, собранныхъ мною; самъ же я наблюдалъ его не менѣе, какъ въ трехъ случаяхъ [1]).

Весь комплексъ симптомовъ, который представляютъ разбираемые приступы не принадлежитъ собственно многогнѣздному склерозу. Онъ встрѣчается въ большомъ числѣ страданій, занимающихъ нѣсколько отдѣловъ спиннаго мозга, а равнымъ же образомъ при общемъ прогрессивномъ параличѣ. Именно въ этой послѣдней болѣзни—*конгестивные приступы*—названіе довольно общераспространенное, по крайней мѣрѣ, во Франціи—были изучаемы главнымъ образомъ въ виду ихъ частоты. Здѣсь они встрѣчаются подъ самыми разнообразными формами. Такимъ образомъ, описаніе этихъ приступовъ въ общемъ прогрессивномъ параличѣ, вызвало многочисленыя дѣленія и подраздѣленія. Но вообще, всѣ эти разновидности, намѣченныя клиническимъ наблюденіемъ, я говорю только здѣсь о приступахъ извѣстной силы, могутъ быть подведены, если не ошибаюсь, подъ слѣдующіе два главные типа: 1-й, *апоплекти-образные приступы* (pseudo-apoplexy) англійскихъ авторовъ и 2-й, *судорожные* или *эпилепти-образные приступы*. Кромѣ того признаки обоихъ типовъ могутъ смѣшиваться между собою и сливаться въ одномъ припадкѣ. Однако до настоящаго времени только первый типъ встрѣчался при склерозѣ въ бляшкахъ. Несомнѣнно, что съ накопленіемъ наблюденій, относящихся къ этому страданію, можно будетъ со временемъ пополнить картину.

Между другими органическими болѣзнями нервныхъ центровъ, гдѣ очень часто наблюдаются апоплекти-образные или походящіе на эпилепсію приступы, я долженъ ограничиться указаніемъ на извѣстныя, старыя мозговыя страданія, локализированныя въ фокусахъ и сопровождаемыя постоянной гимиплегіей. Таковы: *мозговая геморрагія* или *размягченіе мозга*, если они заняли тѣ отдѣлы головнаго мозга,

---

[1]) Observation III du Mémoire de Vulpian, сообщенное Шарко. Наблюденіе названной Биръ (Шарко). Наблюденіе Никола; представленное въ Біолоч. Общ.—М. Жоффруа.

болѣзненныя измѣненія котораго обусловливаютъ почти неизбѣжно черепно-спинно-мозговыя страданія, извѣстныя подъ именемъ *нисходящихъ*, *пучкообразныхъ склерозовъ*.

На первый взглядъ, кажется, что между частичными страданіями мозга и общимъ прогрессивнымъ параличемъ не существуетъ никакихъ точекъ соприкосновенія. Но вотъ Мм. Гг., признакъ который ихъ чрезвычайно сближаетъ. Наблюденія Маньяна и Вестфаля показали, что при общемъ параличѣ къ измѣненіямъ, свойственнымъ періэнцефалиту, очень часто присоединяется склеротическое страданіе, то разлитое, то пучкообразное, занимающее одновременно ножки мозжечка, Вароліевъ мостъ, продолговатый мозгъ и извѣстные отдѣлы спиннаго мозга. Такимъ образомъ, эти церебро-спинальныя измѣненія, какъ по способу и распредѣленію, такъ и по самой природѣ болѣзненнаго процесса, представляютъ всѣ данныя для уподобленія ихъ послѣдовательному пучковидному, нисходящему склерозу, развивающемуся вслѣдъ за геморрагіей или размягченіемъ мозга. Съ другой стороны, мы знаемъ, что при многогнѣздномъ склерозѣ, склеротическія бляшки занимаютъ не только спинной мозгъ (см. рис. III и IV) и собственно мозгъ (рис. I и II), но между прочимъ и очень часто, различныя части isthmi въ головномъ мозгу и особенно продолговатый мозгъ (рис. I., фиг. 1 и 3). Изъ этого вы видите, что существованіе ирритативныхъ измѣненій, разсѣянныхъ отчасти вездѣ по черепно-спинному тракту, но всегда встрѣчающихся въ isthmus головнаго мозга, составляетъ общій признакъ всѣхъ страданій, повидимому столь разнородныхъ, къ которымъ присоединяются такъ называемые *конгестивныя* явленія. Я обращаю ваше вниманіе преимущественно на постоянное участіе продолговатаго мозга въ этихъ измѣненіяхъ, вслѣдствіе котораго, вѣроятно, они и становятся преобладающимъ элементомъ этихъ приступовъ.

Какъ бы то ни было, Мм. Гг., здѣсь мы имѣемъ дѣло съ растройствами постоянными и появляющимися мало по малу. Поэтому они одни, безъ помощи другихъ измѣненій, не могли бы объяснить развитія явленій, появляющихся почти внезапно и часто исчезающихъ безъ слѣда. Я знаю, что и въ настоящее время найдется много врачей, которые объяснятъ эти явленія частными приливами крови, являющими, смотря по надобностямъ объясненія, въ томъ или другомъ мѣстѣ мозга. Тѣмъ не менѣе, я не могу согласить-

ся съ этой гипотезой. Въ оправданіе своего скептицизма, я сошлюсь на тѣхъ изъ васъ, которые состоятъ при отдѣленіяхъ умопомѣшанныхъ въ нашей больницѣ. Сколько разъ случалось имъ приходить въ уныніе, не найдя при вскрытіи тѣхъ конгестивныхъ измѣненій, на которыя они расчитывали? Но главнѣйшимъ образомъ, я ссылаюсь на наблюденія, собраныя мною самимъ. Много разъ мнѣ приходилось видѣть наступленіе смерти, вслѣдъ за приступами, похожими на апоплексію или эпилепсію у субъектовъ, одержимыхъ съ давняго времени гемиплегіей, вслѣдствіе размягченія мозга или внутричерепномозговой геморрагіи. Однако, въ подобныхъ случаяхъ, сколько я ни старался, мнѣ ни разу не удалось открыть при вскрытіи, ни въ нервныхъ центрахъ, ни во внутреннихъ органахъ свѣжихъ конгестивныхъ, отечныхъ или другихъ припуханій, или вообще измѣненій, достаточныхъ для объясненія тяжелыхъ явленій, повлекшихъ за собой смерть. Я наблюдалъ только болѣе старыя измѣненія, въ видѣ желтоватыхъ фокусовъ или желтоватыхъ бляшекъ, или клѣтчатой инфильтраціи, которыми и обусловливалась гемиплегія, а также вторичныя перерожденія среднихъ частей черепнаго и спиннаго мозга, составлявшихъ послѣдствіе этихъ частичныхъ измѣненій полушарій. Вообще, мнѣ кажется, что при настоящемъ состояніи науки, отсутствіе настоящихъ измѣненій составляетъ, говоря анатомически, общій признакъ такихъ приступовъ, какова бы ни была форма, въ которой они проявляются и болѣзнь, которую они осложняютъ.

Что касается симптоматологіи апоплекти-образныхъ и эпилептивидныхъ приступовъ, то чтобы не входить въ подробности полнаго систематическаго описанія, я ограничусь указаніемъ слѣдующихъ особенностей. Припадокъ начинается обыкновенно внезапно, безъ всякихъ явныхъ предвѣстниковъ, то быстрымъ и ясновыраженнымъ помраченіемъ умственныхъ способностей, то внезапнымъ глубокимъ обморочнымъ состояніемъ. Къ этому присоединяются въ извѣстныхъ случаяхъ судороги, напоминающія обыкновенную эпилепсію, но обыкновенно ограничивающіяся одною стороною тѣла (*эпилептивидные приступы*). Въ другихъ случаяхъ судороги не существуютъ (*апоплекти-образные приступы*). Въ обоихъ случаяхъ часто наблюдается развитіе болѣе или менѣе полной гемиплегіи, то съ разслабленіемъ членовъ, то, что впрочемъ бываетъ рѣдко, съ тугосгибаемостью парализованныхъ членовъ.

Явленія эти могутъ мало по малу исчезнуть, втеченіи нѣсколькихъ дней и повлечь за собой смерть. Послѣдней обыкновенно предшествуетъ быстрое развитіе пролежней въ крестцовой области. На оборотъ, если больной переживаетъ, то исчезаніе явленій наступаетъ безъ замедленія; одна гемиплегія остается еще нѣкоторое время, но и она рано или поздно исчезаетъ, не оставляя никакихъ слѣдовъ.

Приступы являются обыкновенно нѣсколько разъ впродолженіи болѣзни, вообще же чрезъ длинные промежутки. Что касается склероза въ бляшкахъ, то они отмѣчены три раза въ III наблюденіи, въ запискѣ Вульпіана, три раза въ случаѣ Ценкера [2]) и до семи разъ въ случаѣ Лео [3]). Всегда приступы эти оставляли по себѣ замѣтное и продолжительное усиленіе всѣхъ явленій первичной болѣзни.

Очеркъ, который я представилъ вамъ, Мм. Гг., былъ бы крайне неполонъ если бы я не указалъ вамъ тѣхъ нарушеній кровообращенія и измѣненія выработки тепла, которыя обыкновенно являются втеченіи приступовъ. *Пульсъ* представляется всегда болѣе или менѣе ускореннымъ, но что составляетъ очень важный фактъ—это быстрое повышеніе *температуры* центральныхъ частей: она можетъ въ первые часы, слѣдующіе за началомъ приступа, достигнуть 38,5° и даже 39°. Бываетъ очень часто, что черезъ 12—24 часа, она подымается до 40° и держится на этой цыфрѣ, втеченіи нѣсколькихъ часовъ, безъ того, чтобы жизнь больнаго, вслѣдствіе этого, неизбѣжно пострадала. Но если больной переживаетъ приступъ, температура падаетъ чрезвычайно быстро. Цыфра выше 40°, обыкновенно всегда влечетъ за собой смертельный исходъ.

Эти измѣненія центральной температуры были изслѣдованы Вестфалемъ во время эпилептивидныхъ и апоплекти-образныхъ приступовъ, а также при *общемъ прогрессивномъ парличѣ;* я также встрѣчалъ ихъ при приступахъ у субъектовъ, одержанныхъ *застарѣлой гемиплегіей*, слѣдующей за *геморрагіей* и *размягченіемъ мозга*. Дабы лучше удержать въ вашей памяти все вышесказанное, я нахожу полезныхъ вкратцѣ привести нѣкоторыя подробности двухъ наблюденій, относящихся къ случаямъ послѣдняго рода.

---

[2]) Bourneville et Guérard. Loc. cit., стр. 112.
[3]) Тамъ же, стр. 112.

Первое наблюденіе относится къ 32-лѣтней женщинѣ, пораженной правосторонней гемиплегіей, развившейся еще въ дѣтствѣ. У нея замѣтны были: общая атрофія, неразгибаемость и укороченіе членовъ, параличь,—однимъ словомъ, всѣ явленія, наблюдаемыя въ подобномъ случаѣ. Женщина эта подвергалась апоплекти-образнымъ приступамъ. Она была привезена въ нашу больницу, нѣсколько часовъ спустя послѣ наступленія приступа сильнѣйшаго, сравнительно съ бывшими до тѣхъ поръ. Въ самый вечеръ ея прибытія, температура ея была выше 38°; на слѣдующей день она достигла 40°. Приступы быстро смѣнялись одинъ за другимъ; они повторялись около 100 разъ въ день. Въ крестцовой области быстро развились пролежни; смерть наступила на 6-й день. Въ этотъ день измѣреніе температуры въ прямой кишкѣ обнаружило 42°,4. При вскрытіи найдено значительное вдавленіе на поверхности лѣваго полушарія, соотвѣтствовавшее желтому пятну, остатку обширнаго фокуса размягченія. Кромѣ того, все полушаріе было атрофировано. Нигдѣ нельзя было найти слѣда свѣжаго болѣзненнаго процесса,—ни въ нервныхъ центрахъ, ни во внутреннихъ органахъ.

Второй случай относится къ 61-лѣтней женщинѣ, пораженной гемиплегіей, развившейся вслѣдъ за черепномозговой геморрагіей, имѣвшій мѣсто 2 года предъ тѣмъ. Эта больная перенесла уже нѣсколько приступовъ, походившихъ на эпилепсію или апоплексію, но вообще эти приступы имѣли легкій характеръ. Однажды она подверглась чрезвычайно сильному и продолжительному эпилептивидному приступу, за которымъ послѣдовало апоплекти-образное состояніе. Два часа послѣ начала приступовъ, термометръ показалъ 38°,8 въ прямой кишкѣ; 5 часовъ спустя, температура достигла 41°, а чрезъ 2 дня, въ день кончины, температура дошла до 42°,5. Вскрытіе обнаружило два фокуса, цвѣта желтой охры, изъ которыхъ одинъ находился въ полосатомъ тѣлѣ, а другой въ толщи одной изъ извилинъ. Не было замѣтно нигдѣ свѣжихъ болѣзненныхъ процессовъ, дававшихъ возможность объяснить припадки, повлекшіе за собою смерть.

Я не имѣлъ еще случая прослѣдить день за днемъ и въ различные періоды дня развитіе центральной температуры въ случаѣ *апоплекти-образнаго приступа*, наступающаго у больнаго, пораженнаго *склерозомъ въ бляшкахъ*. Тѣмъ не ме-

нѣе частные результаты, полученные изъ нѣсколькихъ наблюденій, убѣждаютъ насъ, что даже въ этомъ отношеніи, упомянутыя явленія совершенно сходны между собой, какъ въ многогнѣздномъ склерозѣ, такъ и въ общемъ прогрессивномъ параличѣ, а равно и въ случаяхъ измѣненій въ полушаріяхъ, расположенныхъ гнѣздами. Такимъ образомъ, больная Ценкера была поражена подъ конецъ жизни апоплекти-образнымъ приступомъ, сопровождаемымъ гемиплегіей правой стороны. Между тѣмъ, въ тотъ же самый день, пульсъ достигалъ 136, а температура доходила до 39,°6. На слѣдующій день температура больной доходила до 40°. На третій день въ состояніи паралича наступило улучшеніе и вслѣдствіе этого и температура понизилась до нормальныхъ предѣловъ. У одного больнаго, по фамиліи Нолль, бывшаго въ наблюденіи у Лео, вечеромъ обнаружился апоплекти-образный приступъ. На слѣдующій день рано утромъ, пульсъ достигъ 144 ударовъ, температура доходила до 38°,5. Этотъ приступъ, седьмой по числу испытанныхъ больнымъ приступовъ, окончился въ ту же ночь смертельно. Въ случаѣ Н., исторія болѣзни котораго записана Жоффруа, температура въ прямой кишкѣ достигла 40,°3, при пульсѣ въ 129, уже чрезъ пять часовъ послѣ появленія апоплекти-образнаго приступа съ неполной потерей сознанія и разслабленіемъ членовъ. На слѣдующее утро симптомы апоплективиднаго приступа разсѣялись, причемъ температура и пульсъ возвратились къ нормѣ.

Если я такъ подробно разобралъ видоизмѣненія температуры тѣла при апоплекти-образныхъ и эпилептивидныхъ приступахъ общаго паралича и нѣкоторыхъ другихъ цереброспинальныхъ заболѣваній, то это потому, что, по моему мнѣнію, это явленіе даетъ намъ въ извѣстныхъ случаяхъ извѣстныя данныя для разъясненія діагностики. Я думаю, что нѣтъ надобности особенно распространяться о тѣхъ затрудненіяхъ въ распознаваніи, которыя представляетъ намъ больной, пораженный апоплектическимъ ударомъ, осложненнымъ судорогами или безъ нихъ—для разрѣшенія вопроса по одному наружному осмотру—а именно: имѣемъ ли мы дѣло съ *настоящей апоплексіей*, происходящей отъ свѣжаго образованія фокуса пораженія въ мозгу или кровоизліянія въ немъ или же все дѣло сводится на простой *апоплекти-образный приступъ*? Вы видите, что въ такомъ случаѣ центральная температура доставляетъ намъ несомнѣнныя основы для дифференціальной діагностики. Я въ самомъ дѣлѣ доказалъ

неоднократными наблюденіями [4]), что въ *собственно апоплексіи*, особенно когда она обусловлена кровоизліяніемъ въ мозгъ, температура постоянно понижается нѣсколько минутъ послѣ удара и удерживается, по крайней мѣрѣ, втеченіи первыхъ 24 часовъ, ниже нормы, хотя бы при этомъ и появлялись сильные судорожные припадки. Мы же выше видѣли, что въ такъ называемыхъ *кончестивныхъ приступахъ*, температура напротивъ повышается выше нормы съ минуты появленія первыхъ припадковъ приступа и стремится къ новымъ повышеніямъ во все время его приступа.

О періодахъ и видахъ склероза въ бляшкахъ.

Разобравши въ отдѣльности, М.м. Гг., различныя явленія, которыя въ своей совокупности составляютъ симптоматологію многогнѣзднаго склероза, когда мы имѣемъ дѣло съ случаемъ вполнѣ развитымъ и достигшимъ позднѣйшихъ періодовъ своего развитія, намъ необходимо познакомиться въ общемъ обзорѣ съ группировкой и связью этихъ элементовъ съ различными періодами и различными формами болѣзни. Эта послѣдняя представляется весьма рѣдко въ сопровожденіи всѣхъ своихъ симптомовъ во всѣхъ періодахъ своего теченія. Вначалѣ страданіе можетъ обнаруживаться всего двумя или тремя своими симптомами; бываютъ даже случаи, въ которыхъ симптоматологическая картина остается неполною до самой смерти. Между тѣмъ особенно важно распознавать болѣзнь, по малѣйшимъ ея проявленіямъ въ ея начальномъ періодѣ, или въ то время, когда она представляется еще въ неполной своей формѣ.

Я предложилъ принимать три періода въ прогрессивномъ развитіи болѣзни: первый начинается появленіемъ нервныхъ симптомовъ и продолжается до развитія спазматической тугоподвижности конечностей, приводящей больнаго къ абсолютному безсилію: второй обнимаетъ все время,

---

[4]) Charcot, Note sur la température d. parties centrales d. l'apoplexie liée à l'hémorrhagie cérebrale et au ramollissement du cerveau. Въ Compt. rendus d. l. Soc. de Biol., T. IV, 4-ème Serie. стр. 92. См. тамъ же Charcot. Lecons S. la thermométrie clin., въ Gaz. hebdomadaire; 1869, стр. 324, 342, 821.—Bourneville, — Etudes clin. et thermométriques sur l. maladies d. syst nerveux. Paris, 1870—73.

обыкновенно еще очень долгое, впродолженіи котораго больной не покидаетъ кровати, или съ трудомъ можетъ сдѣлать нѣсколько шаговъ въ своей комнатѣ; при чемъ однако органическія функціи остаются непораженными. Наконецъ, третій—начинается съ того момента, въ которомъ, одновременно съ ожесточеніемъ всѣхъ болѣзненныхъ симптомовъ и питательныя функціи претерпѣваютъ замѣтныя измѣненія. Въ своемъ мѣстѣ, при описаніи этого послѣдняго періода, будутъ указаны тѣ припадки, которые, при обыкновенномъ порядкѣ вещей, означаютъ окончаніе болѣзни и споспѣшествуютъ печальному ея исходу.

I.

Первый періодъ. Начало болѣзни и послѣдовательность симптомовъ представляютъ разнообразія, на которыя я долженъ обратить ваше вниманіе.

Иногда болѣзнь начинается мозговыми симптомами и въ такомъ случаѣ, больные жалуются на привычныя головокруженія и болѣе или менѣе скоро проходящую двойственность зрѣнія; мало по малу появляется затрудненіе рѣчи и наконецъ nystagmus. Совокупность этихъ симптомовъ составляетъ уже довольно характеристическое явленіе, которое, даже и безъ дрожанія при движеніяхъ и пареза конечностей, всегда раньше или позже къ нимъ присоединяющихся, даетъ возможность основывать діагностику на вѣрныхъ предположеніяхъ.

Однако, это не самый обыкновенный способъ наступленія болѣзни; чаще всего первыми симптомами бываютъ спинномозговыя явленія; при чемъ, впродолженіи многихъ мѣсяцевъ, а иногда даже лѣтъ, больные могутъ представлять только симптомы ослабленія, или болѣе или ясно выраженнаго пареза нижнихъ конечностей, который прогрессивно, но медленно усиливается и распространяется на верхнія конечности. Положеніе клинициста, въ подобныхъ обстоятельствахъ, представляется крайне затруднительнымъ; ибо вообще парезъ нижнихъ конечностей есть симптомъ весьма обыкновенный и общій множеству различныхъ страданій. Однако при многогнѣздномъ склерозѣ, какъ вы

помните, онъ представляетъ нѣкоторыя особенности, которыя, до извѣстной степени, помогаютъ распознаванію. Такимъ образомъ, за исключеніемъ только тѣхъ рѣдкихъ случаевъ, въ которыхъ преобладаетъ пораженіе заднихъ канатиковъ, какъ бы ни былъ сильно выраженъ парезъ конечностей, онъ не сопровождается никакимъ растройствомъ чувствительности, ни видимымъ нарушеніемъ питанія мышечныхъ массъ; сверхъ того, къ нему обыкновенно не присоединяются никакія функціональныя измѣненія со стороны мочеваго пузыря и прямой кишки; наконецъ, при немъ нерѣдко наблюдаются *послабленія* и даже полныя *перемежки*, которыя подаютъ надежду на совершенное выздоровленіе [5]). Однако ясно, что эти признаки, даже и вмѣстѣ со всѣми другими, не представляютъ еще точно опредѣленныхъ указаній. Вѣрное распознаваніе можетъ быть поставлено только тогда, когда къ спинномозговымъ симптомамъ присоединится дрожаніе, или какой либо изъ черепномозговыхъ припадковъ.

До сихъ поръ, Мм. гг., я вамъ излагалъ начало и дальнѣйшую послѣдовательность припадковъ, представляющихъ медленное и однообразно прогрессивное теченіе. Дѣйствительно, въ большинствѣ случаевъ это такъ и бываетъ. Но кромѣ того, вамъ необходимо познакомиться и съ тѣми

---

[5]) Въ нашей статьѣ мы привели извѣстное число такихъ фактовъ, въ которыхъ были наблюдаемы до того полныя послабленія, что больные, находившіеся предъ тѣмъ въ параличѣ, могли опять приступать къ своимъ занятіямъ. (Смотри: loc. cit., набл. IV, IX, X, XI и т. д.). Въ одномъ наблюденіи Вульпіана, которое мы также сообщили (стр. 139), замѣчался цѣлый рядъ попеременныхъ улучшеній и ухудшеній. Мы приводимъ ихъ здѣсь вкратцѣ.

Еще въ началѣ болѣзни, вслѣдствіе перенесенной больною оспы, наступило, такъ сказать, возстановленіе здоровья. Это улучшеніе продолжалось втеченіи трехъ лѣтъ. Затѣмъ прекратилось мѣсячное очищеніе, появились новые, хотя и легкіе припадки, которые опять исчезли съ возстановленіемъ мѣсячныхъ. Спустя два года, у больной появилась желтуха, послѣ которой припадки опять возобновились. За улучшеніемъ этихъ послѣднихъ, опять, вслѣдствіе случайнаго бронхита, обнаружился парезъ конечностей, но уже въ болѣе сильной степени, который, послѣ нѣсколькихъ послѣдовательныхъ послабленій и усиленій, сдѣлался постояннымъ. Иногда послабленіе бываетъ несовершенное и ограничивается только нѣкоторыми симптомами,—преимущественно же улучшеніемъ недержанія мочи и кала. У одного больнаго, наблюдаемаго Бервинкелемъ, было тоже преходящее послабленіе. (Б.).

исключительными случаями, въ которыхъ эта болѣзнь, при извѣстныхъ обстоятельствахъ, можетъ развиться вдругъ, неожиданно, или же вслѣдъ за незначительными предвѣстниками.

Такимъ образомъ, головокруженіе и двойственность зрѣнія могутъ появиться внезапно, а послѣ нѣсколькихъ дней, къ нимъ присоединяются дрожаніе и парезъ конечностей; вслѣдствіе чего болѣзнь, такъ сказать, обнаруживается непосредственно. Это и случилось, между прочимъ, съ молодою больною В..., которую нѣкоторые изъ васъ видѣли въ нашихъ палатахъ. Въ другихъ случаяхъ болѣзнь обнаруживается внезапнымъ появленіемъ пареза въ одной изъ нижнихъ конечностей, какъ это случилось у одной изъ больныхъ Валентинера; или же апоплекти-образный припадокъ съ предшествовавшими за нѣсколько дней или недѣль головокруженіями, головною болью, повлекшій за собою временную гемиплегію, былъ началомъ появленія болѣзни. Это мы видимъ въ случаѣ Лео и у одной изъ нашихъ больныхъ, исторію которой сообщилъ Вульпіянъ [6]).

Наконецъ, Мм. гг., есть еще одинъ случай, на который я обращаю ваше вниманіе и въ которомъ начало болѣзни чаще всего маскируется такимъ припадкомъ, который разсматриваютъ, какъ случайное и постороннее явленіе, главной болѣзни но который, по моему мнѣнію, на оборотъ, имѣетъ съ нею самую тѣсную, хотя и мало извѣстную, связь. Я говорю здѣсь о такъ называемыхъ *гастрическихъ или гастралгическихъ явленіяхъ*, которыя иногда бываютъ очень сильными, сопровождаются обмороками, рвотою и т. п. Ими неоднократно начиналась болѣзнь и вскорѣ затѣмъ слѣдовали обыкновенные припадки многогнѣзднаго склероза. Нерѣдко они повторяются нѣсколько разъ и перемѣшиваются, въ первое время, съ симптомами главной болѣзни. Какъ примѣръ этому, мы можемъ указать на наблюденіе, опубликованное Ліувиллемъ [7]) и на случай, сообщенный Ценкеромъ. Эти припадки тѣмъ болѣе замѣчательны, что они появляются почти съ тѣмъ же характеромъ

[6]) Vulpian — Note sur la sclérose en plaques de la moelle épinière; набл. II. Въ Mémoires de la société médicale des hôpitaux, 1869.

[7]) Mémoires de la Société de Biologie, 5-я серія, т. I, стр. 107. Paris, 1870.

и при другихъ формахъ склероза спиннаго мозга, въ особенности же при заднемъ пучкообразномъ склерозѣ (*la sclérose fasciculée postérieure*; *ataxie locomotrice*) и преимущественно въ начальномъ періодѣ этого страданія. Гастрическія явленія, совпадающія или перемежающіяся съ стрѣляющими болями въ конечностяхъ, могутъ сопровождаться, въ подобныхъ случаяхъ, двойственнымъ зрѣніемъ, а также, быть можетъ, и незначительнымъ покачиваніемъ при закрытыхъ глазахъ. Эти послѣдніе припадки только и представляютъ намъ настоящіе симптомы разсматриваемой нами болѣзни и тогда еще ея истинный характеръ очень часто бываетъ нераспознаннымъ [8]). Такіе же гастрическіе припадки, какъ мы это наблюдали вмѣстѣ съ моимъ другомъ Дюшенемъ (изъ Булони), встрѣчаются такъ же въ формахъ *центральнаго полуостраго или хроническаго міэлита*, который представляетъ симптомы *общаго спиннаго паралича*. Но я не хочу долѣе останавливаться на этомъ предметѣ, такъ какъ расчитываю вскорѣ опять къ нему возвратиться и разсмотрѣть его подробно, соотвѣтственно его значенію.

II

Второй періодъ. Вообще, въ концѣ перваго періода, многогнѣздный склерозъ представляетъ большую часть своихъ характеристическихъ симптомовъ. Эти симптомы усиливаются и еще явственнѣе обнаруживаются втеченіи втораго періода и, сверхъ того, къ нимъ присоединяется спазмодическая каонрактура конечностей, совмѣстно съ спинно-мозговою эпилепсіей, или безъ оной. Вслѣдствіе этого, больные, которые прежде кое-какъ еще ходили, принуждены бываютъ, по причинѣ почти абсолютной невозможности, ходить оставаться въ комнатѣ, или даже въ кровати. Контрактура, означающая начало этого періода, почти всегда появляется очень поздно: чаще всего она обнаруживается спустя два,

---

[8]) Смотри объ этомъ предметѣ въ лекціяхъ Шарко, читанныхъ въ Salpêtrière въ 1868. (Dubois,—Etude sur quelques points de l'ataxie locomotrice. Paris, 1868.—О гастрическихъ растройствахъ, стр. 56. Leçons sur les anomalies de l'ataxie locomotrice. Лекціи объ аномаліяхъ двигательной атаксіи, 1873, лекція II, стр. 32).

четыре и даже шесть лѣтъ послѣ появленія первыхъ припадковъ многогнѣзднаго склероза.

III.

Третій періодъ. Начало этого послѣдняго періода ознаменовывается, какъ я вамъ уже сказалъ, прогрессивнымъ ослабленіемъ органическихъ отправленій аппетитъ теряется, появляются частые поносы и вскорѣ наступаетъ общее исхуданіе, которое постепенно все болѣе и болѣе усиливается [9]). Въ тоже время усиливаются всѣ симптомы, свойственные болѣзни: помраченіе разсудка доходитъ до безумія, затрудненіе рѣчи достигаетъ высшей степени и больной выражается непонятнымъ бормотаніемъ. Затѣмъ появляется параличъ сфинктеровъ, а на слизистой оболочкѣ мочеваго пузыря нерѣдко развивается язвенный воспалительный процессъ. Въ это время на крестцовой области и на всѣхъ мѣстахъ нижнихъ конечностей, подвергающихся продолжительному давленію, появляются пролежни, принимающіе иногда значительные размѣры и влекущіе за собою цѣлый рядъ припадковъ, свойственныхъ этому осложненію, какъ-то: гнойные затеки, гнилостное или гнойное отравленіе и проч. Вскорѣ затѣмъ наступаетъ смерть.

Чаще всего смерть наступаетъ еще скорѣе, вслѣдствіе присоединенія какой-нибудь другой болѣзни. Самыя частыя изъ этихъ заканчивающихъ страданій бываютъ: воспаленіе легкаго, казеозная пневмонія и дисентерія [10]).

---

[9]) Въ особенности въ этомъ періодѣ болѣзни могутъ наступить такіе припадки, которые, быть можетъ, должно отнести къ числу трофическихъ растройствъ, а именно: 1) размягченіе позвонковъ, вертѣловъ, головки больше-берцовой кости, плюсневыхъ костей и проч. (Бурневиль и Гераръ, loc. cit., случай доктора Пеннока, стр. 83); 2) кифозъ и сколіозъ въ правую сторону, замѣченные въ случаѣ Фридрейха (В. и G., loc. cit., стр. 213—214); 3) изліяніе жидкости въ оба голенно-бедренныя сочлененія (набл. Малерба). (Б.).

[10]) Въ случаяхъ, опубликованныхъ въ послѣднее время, мы чаще всего находимъ заканчивающія страданія, указанныя Шарко. На основаніи нашихъ статистическихъ изслѣдованій слѣдуетъ заключить, что легочныя болѣзни (воспаленіе легкихъ, гнойный плевритъ, бугорчатка) значительно преобладаютъ въ этихъ случаяхъ надъ другими. Мы должны еще упомянуть объ остромъ пролежнѣ, піэлоциститѣ (одинъ случай), отекѣ гортани (одинъ случай) (Б.).

Я не разсматривалъ еще появленія нѣкоторыхъ симптомовъ *паралича продолговатомозговаго*, желая болѣе спеціально заняться этимъ предметомъ. При внезапномъ ихъ усиленіи, ускоряется ходъ событій и наступаетъ неблагопріятное окончаніе болѣзни, раньше даже обнаруженія явленій послѣдняго періода. Въ такомъ случаѣ, вмѣстѣ съ болѣе и болѣе увеличивающимся затрудненіемъ рѣчи, появляется, во первыхъ, затрудненіе глотанія, которое, сначала бываетъ преходящимъ, но вскорѣ затѣмъ становится постояннымъ. Потомъ, отъ времени до времени, обнаруживаются приступы болѣе или менѣе сильной одышки и смерть можетъ наступить втеченіи одной изъ этихъ приступовъ. Недавно я наблюдалъ два случая, окончившіеся подобнымъ образомъ, и въ обоихъ найдена была, при вскрытіи, склерозированная бляшка, занимавшая дно четвертаго желудочка, въ которомъ она окружала начальныя ядра большей части нервовъ продолговатаго мозга [11]).

---

[11]) Такъ умерли извѣстная вамъ по фамиліи Вотье, которая была предметомъ предыдущей лекціи и другая, по фамиліи Безо, которая долгое время лежала въ палатѣ № 10, Saint-Luc. Здѣсь мы вкратцѣ изложимъ главнѣйшіе припадки исторіи ихъ болѣзни.

I) Жозефина Вотье принята въ отдѣленіе Вульпіана 21 марта, 1867 года; умерла 7 февраля 1871 г., въ отдѣленіи Шарко (32 лѣтъ). Съ 14-го до 21-го года—головокруженія съ послѣдующею рвотою. Вслѣдствіе беременности, на 21-мъ году, рвота прекратилась. Склерозъ, въ видѣ разсѣянныхъ. бляшекъ, обнаружился на $23^1/_2$ году: слабость въ поясничной области, значительное чувство усталости въ нижнихъ конечностяхъ, судорожныя подергиванія въ правой голени, ослабленіе и двойственное зрѣніе. На 25-мъ году слабость въ верхнихъ конечностяхъ и по временамъ—боли въ нихъ.

1867. Дрожаніе глазныхъ яблокъ; двойственное зрѣніе. Мышечныя массы безъ измѣненія. Не можетъ опредѣлить положенія нижнихъ конечностей. Парезъ и дрожаніе верхнихъ конечностей. Вездѣ тактильная чувствительность по большей части потеряна. Временное улучшеніе при употребленіи *азотнокислаго серебра*.

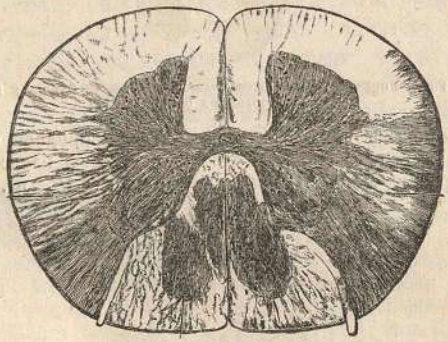
1868. Больная не можетъ уже держаться на ногахъ; симптомы явственнѣе на правой, чѣмъ на лѣвой сторонѣ; дрожаніе верхнихъ конечностей усилилось. Частыя стрѣляющія боли, въ особенности лѣвой половины лица. Головокруженіе появляется чаще; nystagmus сильнѣе. Въ маѣ, Вульпіанъ назначилъ больной принимать двѣ пилюли изъ 0,025 грам. экстракта *калабарскаго боба*. Вскорѣ затѣмъ приступы слабости съ усиленіемъ дрожанія; холодные поты, блѣдность лица (эти симптомы, можетъ быть, зависѣли отъ калабарскаго боба). Въ іюлѣ назначены 3 пилюли калабарскаго боба. Въ ноябрѣ Вульпіанъ прекратилъ употребленіе этого средства и такъ какъ появились въ это время признаки недержанія мочи, то онъ назначилъ принимать 3 пилюли изъ 0,03 гр. экстракта *белладонны*. Недержаніе мочи, послѣ нѣкоторыхъ колебаній, прекратилось

Послѣ всѣхъ этихъ подробностей, изложенныхъ вамъ мнѣ кажется безполезнымъ приступать еще къ отдѣльному описанію различныхъ *видовъ* въ которыхъ можетъ появляться многогнѣздный склерозъ. *Черепно-мозговая* и *спинно-мозговая* формы соотвѣтствуютъ неполному распространенію склероза на нервные центры; это, если

впродолженіи декабря.—1870, Январь. Психическія разстройства (смотри стр. 206). Впродолженіи этого года, всѣ вышеупомянутые симптомы сдѣлались гораздо сильнѣе и сверхъ того появились признаки продолговатомозговаго паралича. Эти послѣдніе довольно быстро усилились и больная умерла, такъ сказать, отъ асфиксіи, 7-го февраля, 1871 г.

Вскрытіе. Найдены многочисленныя бляшки склероза въ головномъ и спинномъ мозгѣ. По причинѣ обнаруживавшихся при жизни больной *атактическихъ симптомовъ*, мы здѣсь приводимъ найденныя измѣненія спиннаго мозга. Склерозированныя бляшки находились по всей длинѣ боковыхъ канатиковъ. Въ *заднихъ же канатикахъ*, онѣ найдены вездѣ въ небольшомъ количествѣ, но преимущественно начинались съ нижняго конца спинной области. Фиг. 15 представляетъ измѣненія, наблюдаемыя на разрѣзѣ, произведенномъ въ самой верхней части поясничной области. Задніе канатики на этомъ уровнѣ поражены на всемъ пространствѣ (Рис. 15, с.), въ особенности же въ средней части. Боковые канатики относительно меньше поражены.

Фиг. 15.



Фиг. 15. Она представляетъ измѣненія, замѣченныя на разрѣзѣ, произведенномъ въ самой верхней части поясничной области; видно измѣненіе заднихъ канатиковъ во всю ихъ ширину и преобладающее пораженіе ихъ средней части.

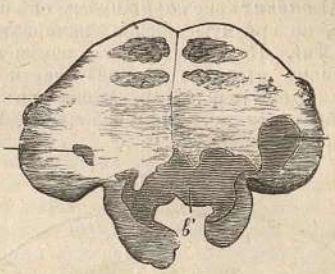
II. Полина Безо, 35 лѣтъ, незамужняя, нянюшка по занятіямъ, поступила 17-го февраля, 1871 г. въ отдѣленіе Шарко. Въ концѣ мая, къ обыкновеннымъ симптомамъ склероза въ видѣ бляшекъ, присоединились одышка и затрудненіе при глотаніи. Вслѣдствіе послѣдняго обстоятельства больная ѣла очень медленно. Обратное выхожденіе пищи чрезъ носовыя отверстія

хотите, пріостановленное развитіе болѣзни въ ея или восходящемъ или нисходящемъ прогрессивномъ теченіи. Здѣсь симптоматологическій рядъ представляется, такъ сказать, въ сокращенномъ видѣ; но при этомъ самые симптомы, разсматриваемые въ отдѣльности, нисколько не измѣняются. Первая форма очень рѣдко встрѣчается, вторая же, напротивъ, довольно часто; вообще же *церебро-спинальная*

было замѣчено только при концѣ жизни. Больная умерла 12-го іюня отъ асфиксіи; никакихъ хриповъ въ легкихъ не было замѣчено.

Вскрытіе. Склерозированная бляшка на перекрестѣ зрительныхъ нервовъ, продолжающаяся и на tractus optici; склерозированныя бляшки въ желудочкахъ и въ овальномъ центрѣ. На разрѣзѣ, произведенномъ въ растояніи одного сантиметра выше нижняго края Вароліева моста, на уровнѣ видимаго начала тройничнаго нерва, найдена широкая и неправильной формы склерозированная бляшка. (Фиг. 16, в').

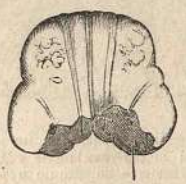
Фиг. 16.



Фиг. 16. а, блуждающій нервъ; б, небольшая склерозированная бляшка; в, большая склерозированная бляшка.

Другой поперечный разрѣзъ, соотвѣтствующій средней части оливчатыхъ тѣлъ, обнаруживаетъ другую склерозированную бляшку (фиг. 17, с.) повидимому, поразившую блуждающій нервъ (фиг. 17, а). При микро-

Фиг. 17.



Фиг. 17. а, н. блуждающій; b, н. подъязычный; с, склерозированная бляшка.

скопическомъ изслѣдованіи найдено множество зернисто-жировыхъ трубочекъ въ подъязычномъ нервѣ, слѣды раздраженія Шванова влагалища въ блуждающемъ нервѣ. Другіе же органы, въ особенности же глотка, гортань и легкія не представляли измѣненій (Б).

форма представляетъ нормальный типъ, чаще всего встрѣчающійся въ клиникѣ.

Полное развитіе и теченіе многодальчатаго цереброспинальнаго склероза совершается впродолженіи шести до десяти лѣтъ [12]), что составляетъ новую противуположность дрожательному параличу (paralysis agitans), коего нормальное теченіе гораздо продолжительнѣе. Обыкновенно спинномозговая форма имѣетъ еще болѣе продолжительныя остановки въ своемъ теченіи: она можетъ продолжаться до двадцати лѣтъ и даже еще болѣе [13]).

Патологическая физіологія; этіологія; предсказаніе и леченіе.

Чтобы окончить это ученіе, мнѣ остается изложить вамъ еще, Мм. Гг., патологическую физіологію, этіологію и наконецъ, леченіе многогнѣзднаго склероза нервныхъ центровъ. Къ сожалѣнію, факты, которые я могу привести относительно этого предмета, очень немногочисленны и большая часть ихъ еще недостаточно изслѣдована, а потому я намѣренъ представить вамъ только нѣкоторыя краткія замѣчанія объ этомъ предметѣ.

А.—Причина своеобразнаго распредѣленія склерозированныхъ островковъ въ различныхъ частяхъ центральной нервной системы въ настоящее время намъ вполнѣ неизвѣстна. За исходную точку ихъ образованія, Риндфлейшъ [14]) принимаетъ сосудистую систему. По его мнѣнію, первичнымъ явленіемъ представляется здѣсь воспаленіе стѣнокъ

---

[12]) Въ настоящее время еще довольно трудно опредѣлить среднюю продолжительность склероза въ формѣ бляшекъ. Въ первыхъ 17 собранныхъ случаяхъ мы нашли среднюю продолжительность отъ 8 до 10 лѣтъ. Въ статистикѣ, заключающей 13 новыхъ случаевъ, мы получили среднюю цыфру въ 7½ лѣтъ. Наименьшая продолжительность болѣзни равнялась одному году (случай Малерба, въ Journal de médecine de l'Ouest, 1870, стр. 168, и Бушвальда, Ueber multiple Sclerose des Hirns und Rueckenmarks, въ Deutsches Archiu furr Klin. Medicin, с. X, тетр. IV и V; стр. 478; 1872. Самая большая продолжительность была отъ 16 до 17 лѣтъ. (Б.).

[13]) Въ трехъ случаяхъ склероза въ видѣ разсѣянныхъ бляшекъ, съ преобладающимъ пораженіемъ заднихъ канатиковъ, болѣзнь продолжалась 11, 21 и 28 лѣтъ. (Nouvelle étude sur quelques points de la sclérose en plaques disséminées. 1869).

[14]) E. Rindfleisch,—Histol. Detail zu der grauen Degeneration von Gehirn und Rueckenmarck (Virchow's Archiu, 1863, t. XXVI. стр. 474).

маленькихъ сосудовъ, которое всегда встрѣчается въ центрѣ образующейся бляшки; изъ этой центральной точки раздраженіе переходитъ на сѣть невроглiи и распространяется во всѣхъ направленіяхъ. Очевидно, что это предположеніе только обходитъ разъясненіе труднаго вопроса. Кромѣ того, преобладающая роль сосудовъ въ развитіи болѣзненнаго процесса еще совершенно не доказана. Я даже полагаю, основываясь на моихъ собственныхъ наблюденіяхъ, что ходъ измѣненій сосудовъ и сѣтки совершается одинаковымъ образомъ, параллельно и безъ всякаго взаимнаго вліянія.

Но, во всякомъ случаѣ, опредѣливъ мѣсто склерозированныхъ островковъ въ различныхъ отдѣлахъ нервныхъ центровъ, можно ли, спрашивается, на основаніи этихъ данныхъ, объяснить себѣ появленіе тѣхъ припадковъ, совокупность которыхъ составляетъ симптоматологію склероза въ видѣ бляшекъ? Это отчасти возможно. Мы уже замѣтили, что разстройства координаціи движеній, потеря способности опредѣлять положеніе и стрѣляющія боли, которыя наблюдаются въ извѣстномъ числѣ случаевъ, могутъ быть отнесены къ пораженію заднихъ пучковъ спиннаго мозга на извѣстномъ протяженіи вверхъ. Съ другой стороны, обыкновенное преобладаніе склерозированныхъ бляшекъ, на пути передне-боковыхъ канатиковъ обусловливаетъ, какъ это вскорѣ я вамъ докажу, почти постоянное существованіе пареза или паралича конечностей, съ послѣдующею, раньше или позднѣе наступающей постоянною контрактурой. Nystagmus и затрудненіе рѣчи обусловливаются локализаціею бляшекъ въ толщи Вароліева моста и продолговатаго мозга. Гораздо труднѣе объяснить себѣ появленіе большей части другихъ симптомовъ, какъ напримѣръ—своеобразнаго дрожанія, обнаруживающагося при извѣстныхъ положеніяхъ тѣла и при произвольныхъ движеніяхъ. Я того мнѣнія, что здѣсь, можетъ быть, играетъ важную роль продолжительная стойкость осевыхъ цилиндровъ, лишенныхъ міэлиновой оболочки внутри склерозированныхъ гнѣздъ. Передача импульсовъ воли, хотя и можетъ еще совершаться чрезъ посредство этихъ лишенныхъ своей оболочки цилиндровъ, однако она происходитъ неправильнымъ образомъ, прерывисто; вслѣдствіе чего и обнаруживаются колебанія, мѣшающія отправленію произвольныхъ движеній.

Эта стойкость осевыхъ цилиндровъ не представляетъ яв-

ленія исключительно свойственнаго многогнѣздному затвердѣнію, но здѣсь она только выражается сильнѣе, чѣмъ въ другихъ формахъ склероза нервныхъ центровъ. Я полагаю, что ею можетъ быть объяснена медленность теченія паретическихъ симптомовъ въ бляшкообразномъ склерозѣ и длинный промежутокъ времени, протекающій до появленія полнаго паралича и постоянной контрактуры.

Б.—Свѣденія наши относительно условій, предрасполагающихъ къ развитію бляшкообразнаго склероза, очень ограниченны. Въ настоящее время, повидимому, доказано, что болѣзнь эта чаще поражаетъ женщинъ, чѣмъ мущинъ. Такъ, изъ числа собранныхъ мною въ первыхъ работахъ случаевъ, только три или четыре относятся къ мущинамъ. Этотъ результатъ мало измѣнился послѣ опубликованія фактовъ, собранныхъ впослѣдствіи. Присоединяя къ восемнадцати случаямъ, описаннымъ въ монографіи Бурневилля и Герара, шестнадцать новыхъ, получимъ всего 34 случая, изъ которыхъ 9 относятся къ мущинамъ и 25 къ женщинамъ.

Изъ тѣхъ же источниковъ видно, что болѣзнь эта болѣе свойственна юношескому, или первой половинѣ возмужалаго возраста. Она была наблюдаема у субъектовъ 14, 15, 17-лѣтнихъ [15]). Но, повидимому, она появляется чаще всего между 20 и 25 годами и рѣдко послѣ 30 лѣтъ. Съ другой стороны, 40-лѣтній возрастъ, повидимому, представляетъ послѣдній предѣлъ, котораго могутъ достигнуть субъекты, одержимые бляшкообразнымъ склерозомъ.

Относительно вліянія наслѣдственности, мы можемъ указать одинъ только примѣръ, въ которомъ она играла из-

---

[15]) Въ работѣ Лейбе (Ueber multiple inselfoermige Sklerose des Gehirns und Rueckenmarks, въ Deutsches Archiv, 8 Bd. 1 Heft. 1870, стр. 14) мы находимъ одно наблюденіе, относящееся къ 7-лѣтней дѣвочкѣ, которое представляло первые симптомы склероза въ видѣ разсѣянныхъ бляшекъ. Смерть наступила на 14½ году. Вотъ краткое исчисленіе припадковъ: легкій nystagmus, параличъ правой половины лица; очень ясно выраженная атаксія конечностей, въ особенности лѣвой половины; дрожаніе головы; затрудненіе рѣчи; атрофія голени... *Вскрытіе:* склерозъ Вароліева моста и смежныхъ частей—почти общій на правой и разсѣянный на лѣвой сторонѣ. Корковый слой мозга и мозжечка представлялъ двоякаго рода перерожденіе: бѣловато-желтое и сѣро-стальное, которое имѣло видъ то разлитой, то видъ разсѣянныхъ бляшекъ. Въ спинномъ, а главнымъ образомъ въ продолговатомъ мозгу, склерозъ занималъ преимущественно задніе канатики, затѣмъ боковые, наконецъ передніе. (Б.).

вѣстную роль. Этотъ примѣръ былъ намъ сообщенъ Дюшенемъ (изъ Булони).

Анатомическія данныя даютъ намъ, вообще, очень неопредѣленныя указанія: въ нѣкоторыхъ случаяхъ была истерика; но чаще всего упоминаются неясно опредѣляемые невралгическіе припадки, какъ, напримѣръ, мигрень или другія невралгіи [16]).

Въ числѣ *случайныхъ причинъ* неоднократно было замѣчено продолжительное дѣйствіе влажнаго холода [17]). Въ одномъ случаѣ первые симптомы обнаружились спустя короткое время послѣ паденія.

Но въ большинствѣ случаевъ, больныя приписываютъ происхожденіе своей болѣзни нравственнымъ причинамъ, какъ напримѣръ: продолжительной печали, причиненной скрываемой беременностью или непріятностями и скукою, съ которыми сопряжено извѣстное соціальное положеніе, какъ это часто случается съ воспитательницами. Вотъ и все, что касается женщинъ [18]). Что же касается мущинъ, то въ боль-

---

[16]) Кромѣ того необходимо упомянуть объ одномъ этіологическомъ условіи: вліяніе нѣкоторыхъ острыхъ болѣзней на развитіе склероза. Вотъ нѣсколько фактовъ, подтверждающихъ это предположеніе.

1) Въ одномъ случаѣ Эрбштейна (Deutsches Archiv für Klinische Medicin, t. X тетр. 6, 596), бляшкообразный склерозъ появился во время выздоровленія послѣ тифозной горячки. Уже тогда у больнаго обнаружились: ослабленіе конечностей и затрудненіе рѣчи. Онъ произносилъ слова по складамъ, невнятно и монотонно.

2) Больная, въ отдѣленіи Шарко, Юлія Н., послѣ *холернаго* приступа, почувствовала нѣкоторую слабость въ нижнихъ конечностяхъ. Вслѣдъ затѣмъ она заболѣла *тифозною горячкою*, послѣ которой слабость сдѣлалась сильнѣе и продолжала медленно усиливаться до такой степени, что больная вскорѣ принуждена была ходить съ палкой (А. Жоффруа,—Mémoires de la Société de Biologie, 1864; стр. 146).

3) Въ наблюденіи, сообщенномъ Фонтенемъ и Ліувиллемъ, появленію первыхъ признаковъ склероза предшествовала обильная желчная рвота, продолжавшаяся отъ десяти до пятнадцати дней. Ліувилль, въ Mémoires de la Société de Biologie, 1869, стр. 107).

4) Наконецъ, у одной женщины, называвшейся Гортензіей Д., первые признаки бляшкообразнаго склероза появились вслѣдъ за тяжелою оспою. (Б.).

[17]) Больной, бывшій наблюденіи Бервинкеля замѣтилъ трудность движеній въ правой голени спустя три дня послѣ паденія въ воду. Въ этомъ случаѣ, вліяніе холодной воды было тѣмъ сильнѣе, что платье больнаго не было перемѣнено и высохло на немъ. (Б.

[18]) Въ The Lancet (1873, vol. I стр. 246) вкратцѣ опубликованъ одинъ случай бляшкообразнаго склероза, видѣнный Моксономъ въ Guy's Hospital, въ которомъ были помѣчены слѣдующія причины: а) лихорадочная

шинствѣ случаевъ здѣсь мы находимъ людей, лишенныхъ общественнаго положенія, поставленныхъ внѣ общественныхъ занятій, слишкомъ впечатлительныхъ и мало закаленныхъ для борьбы за существованіе, въ смыслѣ теоріи Дарвина (Struggle for life). Вообще, эта этіологія весьма общая и ее можно найти, такъ сказать, при всѣхъ хроническихъ болѣзняхъ нервной системы.

В.—Предсказаніе въ настоящее время самое неблагопріятное. Будетъ-ли это такъ всегда? Можно надѣяться, что при болѣе совершенномъ знаніи этой болѣзни, врачебная наука съумѣетъ извлечь выгоды изъ той самопроизвольной наклонности къ послабленіямъ, которая замѣчается въ большинствѣ случаевъ. Сверхъ того, необходимо помнить, что, въ настоящее время, мы убѣждаемся въ существованіи болѣзни, вообще тогда только, когда пораженія сдѣлались уже очень глубокими, а потому мало доступными дѣйствію терапевтическихъ средствъ.

Г.—Послѣ сказаннаго выше, нужно-ли мнѣ распространяться на счетъ терапіи этой болѣзни? Еще не наступило время для серіознаго разсмотрѣнія этого вопроса. Я скажу вамъ только о нѣкоторыхъ попыткахъ, сдѣланныхъ до настоящаго времени въ этомъ направленіи и о результатахъ которые, къ несчастію, оказались вообще мало благопріятными.

Отъ употребленія *хлористаго золота и фосфористаго цинка*, болѣзненные симптомы, повидимому, ухудшались. Иногда *стрихнинъ* останавливалъ дрожаніе; но онъ оказывалъ всегда только скоропреходящее вліяніе. Тоже можно сказать и объ *азотнокисломъ серебрѣ*. Во многихъ, мною видѣнныхъ случаяхъ, оно оказывало очень благопріятное вліяніе на дрожаніе и парезъ конечностей, но и его дѣйствіе всегда продолжалось: недолго существованіе постоянной контрактуры, въ особенности же спинно-мозговой эпилепсіи служитъ положительнымъ противупоказаніемъ къ употребленію этого лекарства. Почти навѣрное можно сказать, что отъ азотнокислаго серебра, въ этихъ случаяхъ, происходитъ усиленіе болѣзненныхъ симптомовъ. *Гидротерапія* произвела, въ одномъ случаѣ, времен-

---

болѣзнь съ поносомъ, продолжавшался нѣсколько недѣль; б) сильное нравственное потрясеніе, испытанное больною при видѣ своего супруга, спящаго съ другою женщиною (Б.).

ное улучшеніе, въ другомъ же, на оборотъ, оказывалась совершенно безуспѣшнымъ.

Равнымъ образомъ, при бляшкообразномъ склерозѣ были употреблены безъ особенной пользы: *мышьякъ*, *белладонна*, *маточные рожки* и *бромистый калій*. Тоже можно сказать о *фарэдизаціи* и объ употребленіи *постояннаго тока*. Однако, прежде чѣмъ высказать окончательное мнѣніе на счетъ этого послѣдняго агента, необходимо еще произвести рядъ новыхъ изслѣдованій [19]).

---

[19]) Кромѣ лекарствъ, исчисленныхъ Шарко, были безуспѣшно употребляемы еще слѣдующія: фосфорное масло (l'huile phosphorée), іодистый фосфетиламинъ (l'iodure de phosphétylamine) и калабарскій бобъ. Послѣ перваго изданія этихъ лекцій, появилось еще нѣсколько работъ или наблюденій, относительно бляшкообразнаго склероза. Мы ограничимся простымъ ихъ перечисленіемъ, такъ какъ все изложенное Шарко, въ нихъ только подтверждается сюда относятся: 1) Timal: Etude sur quelques complications de la sclérose en plaques disséminées; thèse de Paris, 1873; 2) и 3) H. Schüle: Beitrag zur multiplen Sclerose des Gehirns und Rueckenmarks, въ Deutsch. Arhiv für Klin. Medicin, 1870, Bd. VII, стр. 259; Weiterer Beitrag zur Hirn-und Ruekenmarks sclerose, въ томъ же сбор. 1871. Bd. VIII, стр 223; 4) Baldwin: A case of diffused cerebral Sclerosis. (Journal of mental Science, 1873, Іюль, стр. 304); 5) Moxon,—Two Cases of insular Sclerosis of the Brain and the spinal Chord. (The Lancet, т. I, стр. 471, 609, 1864);—6) Buzzard, Disseminated cerebro-spinal Sclerosis. (Тамъ же, т. I, стр. 45); 7) Moxon, Eight Cases of insular Sclerosis of the Brain and spinal Chord (Guy's Hospil al Reports, сер. 3, т. XXI, London, 1875).

ЛЕКЦІЯ ДЕВЯТАЯ.

ОБЪ ИСТЕРИЧЕСКОЙ ИШУРІИ.

Содержаніе: Вступленіе. Объ истерической ишуріи. Ея отличія отъ олигуріи. Общія замѣчанія. Замѣнительная рвота. Истерика. Причины, заставляющія предполагать дѣйствительность существованія истерической ишуріи. Различіе между ишуріею при конкрементной болѣзни и истерическою ишуріей

Наблюденія. Истерическіе параличь и контрактура. Полная геміанестезія. Геміопія и ахроматопсія. Овариальная гиперестезія. Задержаніе мочи. Тимпанизмъ. Судорожные приступы; trismus. Появленіе истерической ишуріи. Предосторожности, принимаемыя во избѣжаніе всякаго повода къ ошибкѣ. Полная анурія. Уремическая рвота. Колебанія между количествомъ выдѣленной мочи и рвотными изверженіями. Химическій анализъ рвотныхъ изверженій, мочи и крови. Остановка припадковъ.

Возвратъ истерической ишуріи. Новые результаты химическаго анализа.

Важное значеніе обыкновенной ануріи и ануріи экспериментальной. Предѣлъ продолжительности припадковъ, относительно жизни. Вліяніе самаго малаго количества выдѣленія мочи. Скорость появленія симптомовъ при конкрементной ишуріи и медленное при истерической. Безопасность припадковъ находится въ связи съ количествомъ, образующейся въ организмѣ мочи. Способность истерическихъ субъектовъ противостоять истощенію.

Механизмъ истерической ишуріи. Недостаточность нашихъ свѣденій относительно этого предмета.

I.

Мм. Гг.

Въ нынѣшнихъ бесѣдахъ, я намѣренъ продолжать и дополнить рядъ ученій, предпринятыхъ нами два года тому назадъ и внезапно прерванныхъ извѣстными вамъ печальными событіями.

Безъ сомнѣнія, вы помните, что въ то время, когда мы должны были разстаться, я старался вамъ доказать, посредствомъ примѣненія предварительныхъ изслѣдованій, относящихся къ *трофическимъ растройствамъ*, находящимся подъ вліяніемъ нервной системы, что значительное число страданій мышечной системы, до сихъ поръ принимаемыхъ за происходящія отъ периферической причины, обусловливаются, въ дѣйствительности, пораженіями, находящимися въ извѣстныхъ и строго опредѣленныхъ областяхъ сѣраго осеваго вещества спиннаго мозга.

Теперь мы въ особенности займемся тою группою мышечныхъ страданій, которую я предложилъ назвать *спинно-мозговыми міопатіями*, т. е. происходящими отъ спинно-мозговой причины. Я возвращусь также къ интересной группѣ *склерозовъ спиннаго мозга* и, между прочемъ, къ той, которою обусловливается совокупность симптомовъ, извѣстныхъ подъ именемъ *двигательной прогрессивной атаксіи* [1]). Предметъ этотъ далеко еще не законченъ и я буду имѣть случай представить вамъ много новыхъ или не вполнѣ извѣстныхъ фактовъ, относящихся къ этимъ страданіямъ, которые разъяснены теперь, благодаря работамъ, предпринятымъ въ этой больницѣ.

Затѣмъ, я изложу вамъ также тѣ *параплегіи* [2]), которыя обусловливаются медленнымъ прижатіемъ, *хроническимъ спинно-мозговымъ менингитомъ* и другими болѣзнями головнаго или спиннаго мозга и которыя до сихъ поръ были описываемы очень поверхностно.

Но прежде, чѣмъ приступить къ разсмотрѣнію этихъ важныхъ вопросовъ, я не могу не воспользоваться, Мм. Гг., извѣстнымъ количествомъ очень замѣчательныхъ случаевъ, которые въ настоящее время накопились въ нашихъ палатахъ. Для насъ въ особенности важно воспользоваться этимъ счастливымъ обстоятельствомъ, такъ какъ вслѣдствіе непостоянства, свойственнаго большей части упомянутыхъ мною неврозъ, симптомы, представляющіеся намъ сегодня въ высшей степени развитія, завтра могутъ совершенно исчезнуть.

Въ числѣ этихъ случаевъ одинъ въ особенности заслу-

---

[1]) Смотри: Leçons sur les maladies du système nerveux, II série, fascicules 2 et 3.

[2]) Charcot, loc. cit n° serie, fasc. I.

ЛЕКЦІЯ ДЕВЯТАЯ.

ОБЪ ИСТЕРИЧЕСКОЙ ИШУРІИ.

Содержаніе: Вступленіе. Объ истерической ишуріи. Ея отличія отъ олигуріи. Общія замѣчанія. Замѣнительная рвота. Истерика. Причины, заставляющія предполагать дѣйствительность существованія истерической ишуріи. Различіе между ишуріею при конкрементной болѣзни и истерическою ишуріей

Наблюденія. Истерическіе параличъ и контрактура. Полная геміанестезія. Геміопія и ахроматопсія. Оваріальная гиперестезія. Задержаніе мочи. Тимпанизмъ. Судорожные приступы; trismus. Появленіе истерической ишуріи. Предосторожности, принимаемыя во избѣжаніе всякаго повода къ ошибкѣ. Полная анурія. Уремическая рвота. Колебанія между количествомъ выдѣленной мочи и рвотными изверженіями. Химическій анализъ рвотныхъ изверженій, мочи и крови. Остановка припадковъ.

Возвратъ истерической ишуріи. Новые результаты химическаго анализа.

Важное значеніе обыкновенной ануріи и ануріи экспериментальной. Предѣлъ продолжительности припадковъ, относительно жизни. Вліяніе самаго малаго количества выдѣленія мочи. Скорость появленія симптомовъ при конкрементной ишуріи и медленное при истерической. Безопасность припадковъ находится въ связи съ количествомъ, образующейся въ организмѣ мочи. Способность истерическихъ субъектовъ противостоять истощенію.

Механизмъ истерической ишуріи. Недостаточность нашихъ свѣденій относительно этого предмета.

I.

Мм. Гг.

Въ нынѣшнихъ бесѣдахъ, я намѣренъ продолжать и дополнить рядъ ученій, предпринятыхъ нами два года тому назадъ и внезапно прерванныхъ извѣстными вамъ печальными событіями.

Безъ сомнѣнія, вы помните, что въ то время, когда мы должны были разстаться, я старался вамъ доказать, посредствомъ примѣненія предварительныхъ изслѣдованій, относящихся къ *трофическимъ растройствамъ*, находящимся подъ вліяніемъ нервной системы, что значительное число страданій мышечной системы, до сихъ поръ принимаемыхъ за происходящія отъ периферической причины, обусловливаются, въ дѣйствительности, пораженіями, находящимися въ извѣстныхъ и строго опредѣленныхъ областяхъ сѣраго осеваго вещества спиннаго мозга.

Теперь мы въ особенности займемся тою группою мышечныхъ страданій, которую я предложилъ назвать *спинно-мозговыми міопатіями*, т. е. происходящими отъ спинно-мозговой причины. Я возвращусь также къ интересной группѣ *склерозовъ спиннаго мозга* и, между прочемъ, къ той, которою обусловливается совокупность симптомовъ, извѣстныхъ подъ именемъ *двигательной прогрессивной атаксіи*. [1]). Предметъ этотъ далеко еще не законченъ и я буду имѣть случай представить вамъ много новыхъ или не вполнѣ извѣстныхъ фактовъ, относящихся къ этимъ страданіямъ, которые разъяснены теперь, благодаря работамъ, предпринятымъ въ этой больницѣ.

Затѣмъ, я изложу вамъ также тѣ *параплегіи* [2]), которыя обусловливаются медленнымъ прижатіемъ, *хроническимъ спинно-мозговымъ менингитомъ* и другими болѣзнями головнаго или спиннаго мозга и которыя до сихъ поръ были описываемы очень поверхностно.

Но прежде, чѣмъ приступить къ разсмотрѣнію этихъ важныхъ вопросовъ, я не могу не воспользоваться, Мм. Гг., извѣстнымъ количествомъ очень замѣчательныхъ случаевъ, которые въ настоящее время накопились въ нашихъ палатахъ. Для насъ въ особенности важно воспользоваться этимъ счастливымъ обстоятельствомъ, такъ какъ вслѣдствіе непостоянства, свойственнаго большей части упомянутыхъ мною неврозъ, симптомы, представляющіеся намъ сегодня въ высшей степени развитія, завтра могутъ совершенно исчезнуть.

Въ числѣ этихъ случаевъ одинъ въ особенности заслу-

[1]) Смотри: Leçons sur les maladies du système nerveux, II série, fascicules 2 et 3.

[2]) Charcot, loc. cit nº serie, fasc. I.

живаетъ нашего вниманія и будетъ составлять предметъ первой нашей бесѣды. Онъ представляетъ намъ, если я не ошибаюсь, законный примѣръ одного крайне рѣдкаго страданія, коего существованіе даже отвергается большинствомъ врачей.

Нельзя, Мм. Гг., пренебрегать изслѣдованіемъ исключительныхъ случаевъ: они не всегда представляютъ намъ предметъ только безполезнаго любопытства и очень часто служатъ къ разрѣшенію трудныхъ проблеммъ. Въ этомъ отношеніи ихъ можно сравнить съ тѣми исчезнувшими или парадоксальными видами, которые тщательно отыскиваются естествоиспытателями на томъ основаніи, что они представляютъ или переходную форму между зоологическими группами, или же служатъ къ объясненію нѣкоторыхъ темныхъ сторонъ анатоміи или философской физіологіи.

Я хочу говорить съ вами объ *истерической ишуріи*. Но сперва мнѣ нужно представить нѣкоторыя объясненія, относительно этого названія, которое нѣкоторымъ изъ васъ, можетъ быть, приходится слышать только въ первый разъ.

А. *Ишурія* и *задержаніе мочи* въ техническомъ ихъ значеніи, какъ вамъ извѣстно, представляютъ одно и тоже; но названіе *истерической ишуріи* имѣетъ уже болѣе ограниченное значеніе.

Здѣсь мы имѣемъ дѣло не съ простой *задержкой мочи въ пузырѣ*, которая обыкновенно наблюдается у особъ истерическихъ и гдѣ обыкновенно, при подобныхъ обстоятельствахъ, впродолженіи мѣсяцевъ, а иногда даже лѣтъ, нужно прибѣгать къ помощи катетера. Моча выпускается въ этихъ случаяхъ въ обильномъ количествѣ, или же, по крайней мѣрѣ, количественное соотношеніе ея составныхъ частей не уклоняется отъ нормы.

При *ишуріи истерическихъ особъ* мочеиспускательный каналъ и мочевой пузырь не представляютъ никакого препятствія для выдѣленія мочи; оно находится выше, или въ мочеточникахъ, или въ самыхъ почкахъ, или еще дальше; вопросъ этотъ подлежитъ еще обсужденію. Главнѣйшее явленіе заключается въ томъ, что суточное количество мочи, выпущенное катетеромъ,—ибо истерическая ишурія почти всегда осложняется и задержаніемъ въ мочеиспускательномъ каналѣ,—значительно меньше нормальнаго; часто даже оно низводится до нуля и впродолженіи многихъ дней, можетъ существовать абсолютное задержаніе мочи.

Б. Необходимо, кромѣ того, въ этомъ случаѣ установить извѣстныя категоріи.

Олигурія или *совершенное невыдѣленіе мочи* представляетъ у истерическихъ особъ *преходящее* явленіе, которое, по справедливому замѣчанію Лейкока, быть можетъ, часто проходитъ незамѣченнымъ. Такимъ образомъ, иногда случалось наблюдать у этихъ больныхъ, въ особенности же въ катаменіальномъ періодѣ, полное задержаніе мочи, продолжавшееся не болѣе двадцати четырехъ или тридцати шести часовъ. Быть можетъ, больныя чувствуютъ въ это время легкое недомоганіе и пульсъ ихъ ускоряется; но это состояніе тотчасъ исчезаетъ послѣ выдѣленія нѣсколькихъ ложекъ мочи [3]).

Явленія, на которыя я хочу обратить ваше вниманіе, значительно отличаются отъ только что мною упомянутыхъ. Они представляютъ высшую степень развитія истерической ишуріи, которая появляется здѣсь въ видѣ *постояннаго симптома*. При этомъ суточное количество выдѣляемой мочи, впродолженіи послѣднихъ дней, недѣль и мѣсяцевъ, можетъ быть самое незначительное, почти ничтожное; иногда даже, впродолженіи многихъ дней, происходитъ совершенное невыдѣленіе мочи.

Когда болѣзнь принимаетъ такой оборотъ, то къ задержанію присоединяется еще другое явленіе, которое дополняетъ, такъ сказать, первое и составляетъ для него, нѣкоторымъ образомъ, непремѣнное условіе. Это явленіе представляетъ *рвота*, повторяющаяся каждый день, даже нѣсколько разъ въ день и продолжающаяся во все время существованія ишуріи. Говорятъ, что иногда извергаемыя вещества имѣютъ видъ или запахъ мочи; по крайней мѣрѣ, въ двухъ или трехъ случаяхъ химическій анализъ открылъ *въ этой рвотѣ присутствіе извѣстнаго количества мочевины*.

Однимъ словомъ, Мм. Гг., истерическая ишурія представляетъ намъ у людей болѣе или менѣе точное воспроизведеніе нѣкоторыхъ симптомовъ, наблюдаемыхъ у животныхъ съ вырѣзанными почками или съ перевязанными мочеточниками.

Опыты Прево и Дюма, въ особенности же Клодъ Берна-

---

[3]) Laycock,.—A Treatise on the Nervous Diseases of Women. London. 1840. стр. 229.

ра и Барресвилля показываютъ намъ, какъ вамъ извѣстно, что, вслѣдствіе подобныхъ операцій, въ кишечномъ каналѣ происходитъ дополнительное выдѣленіе, въ которомъ нѣкоторые изслѣдователи открывали присутствіе *углекислаго амміака*, происшедшего отъ разложенія мочевины (Клодъ Бернаръ), другіе же—самую *мочевину* (Мункъ). Но, во всякомъ случаѣ, до тѣхъ поръ, пока совершается это дополнительное выдѣленіе, животныя, по видимому, мало страдаютъ и только съ прекращеніемъ его, ослабѣваютъ и у нихъ появляются тяжелые припадки, вслѣдствіе которыхъ они вскорѣ погибаютъ.

Такимъ образомъ васъ поражаетъ здѣсь въ одно и тоже время аналогичность и противуположность явленій: при экспериментальныхъ случаяхъ мозговые припадки, въ извѣстный моментъ, составляютъ неизбѣжное явленіе у животныхъ, между тѣмъ какъ у истерическихъ особъ колебаніе между почечнымъ отдѣленіемъ и отдѣленіемъ дополнительнымъ можетъ существовать впродолженіи недѣль и мѣсяцевъ, не обусловливая ни малѣйшаго видимаго растройства общаго состоянія. Но я не хочу теперь останавливаться на этомъ предметѣ и возвращусь къ нему впослѣдствіи.

II.

Такова, М.м. Г.г., истерическая ишурія, по крайней мѣрѣ, *въ существенной своей части*, по словамъ тѣхъ не многихъ авторовъ, которые допускаютъ ея существованіе, такъ какъ, повторяю еще разъ, многіе сомнѣвались въ дѣйствительномъ существованіи этого припадка.

Описанія ея вы не найдете ни въ какихъ новыхъ руководствахъ или статьяхъ объ истерикѣ, даже самыхъ полныхъ и, по справедливости, наиболѣе уважаемыхъ. О ней не упомянуто, между прочимъ и въ большей работѣ Брике. Вообще же, между современными авторами одинъ только патологъ эдинбургскаго университета, Т. Лейкокъ, помѣстилъ описаніе истерической ишуріи въ своихъ сочиненіяхъ. Раньше этого онъ написалъ рядъ статей [4]) объ этомъ предме-

[4]) The Edinburgh medical and surgical Journal, 1838.

тѣ, въ которыхъ помѣстилъ два самостоятельныхъ наблюдѣнія. Въ извѣстной своей книгѣ «*Нервныя болѣзни женщинъ*» (1840), онъ опять возвращается къ этому страданію. Въ сочиненіяхъ же другихъ авторовъ, если и упоминается объ истерической ишуріи, то только мимоходомъ, какъ объ историческомъ свѣденіи, причемъ авторы, не безъ нѣкоторой ироніи, относятся къ тѣмъ наблюдателямъ, которые *этотъ мнимый симптомъ* приняли за серьезное явленіе.

Интересно, что въ противуположность патологамъ, физіологи, въ особенности же Галлеръ, затѣмъ Карпантье и Клодъ Бернаръ, хотя и не утверждаютъ положительно, однако относятся къ этому явленію съ гораздо меньшимъ скептицизмомъ, чѣмъ, напр. Пру и Р. Виллисъ.

До послѣдняго времени я тоже раздѣлялъ почти общее невѣріе въ существованіе истерической ишуріи, тѣмъ болѣе, что былъ предубѣжденъ въ этомъ отношеніи лекціями моего учителя Рейе, который всегда много распространялся о различнаго рода обманахъ, производимыхъ истерическими субъектами; причемъ не колеблясь сознавался, что и самъ онъ, отличавшійся, какъ наблюдатель, прозорливостью и большою проницательностью, неоднократно едва не дѣлался жертвою подобнаго обмана. Но мои мнѣнія нѣсколько измѣнились при наблюденіи одного случая, съ которымъ я васъ сейчасъ познакомлю.

Но прежде, чѣмъ вы сами будете въ состояніи судить о слишкомъ скорой перемѣнѣ, происшедшей въ моемъ мнѣніи, позвольте мнѣ разсмотрѣть, вмѣстѣ съ вами, тѣ главнѣйшія обстоятельства, вслѣдствіе которыхъ нѣкоторые авторы совершенно умалчиваютъ объ истерической ишуріи, между тѣмъ, какъ другіе упоминаютъ о ней единственно для того только, чтобы низвести ее на степень химеры.

Во-первыхъ, необходимо замѣтить, что истерическая ишурія представляетъ рѣдкое явленіе, по крайней мѣрѣ, въ рѣзко выраженной формѣ; ибо весьма вѣроятно, какъ мы уже сказали, что легкая ишурія часто остается незамѣченною.

а) Такимъ образомъ, Лейкокъ, несмотря на свою обширную опытность, насчиталъ всего 27 случаевъ ея, изъ которыхъ только два принадлежатъ собственно ему.

б) Къ этому нужно прибавить, что нѣсколько строгая критическая оцѣнка вѣроятно уменьшила эту цыфру. Большая часть наблюденій принадлежитъ древнимъ авторамъ (XVI и XVII столѣтій) и не представляетъ той характерис-

стической точности, которая требуется въ наше время; другіе же представляютъ явный обманъ. Такъ, напримѣръ, можно ли повѣрить тому, чтобы женщина могла выдѣлять изъ уха, впродолженіи 24-хъ часовъ—2400 граммъ жидкости, въ которой, при изслѣдованіи, была найдена мочевина? И это еще не все: у той же женщины одновременно выдѣлялась изъ пупка подобная жидкость, вытекавшая струею—«spirted out», какъ выражается авторъ наблюденія Эти подробности и много еще другихъ описаны самымъ серьезнымъ образомъ въ The American Journal of the medical Science (1828). Позвольте мнѣ, М.м. Г.г., не объявлять вамъ фамиліи врача, принявшаго этотъ фактъ на свою отвѣтственность.

2) Это даетъ мнѣ поводъ сказать вамъ нѣсколько словъ о *притворствѣ*. Оно встрѣчается на каждомъ шагу исторіи истерики; женщины, находящіяся подъ вліяніемъ тяжкаго невроза (la grande névrose), изумляютъ иногда до удивленія своею хитростью, прозорливостью и неслыханнымъ упорствомъ, которыя онѣ выказываютъ для того, чтобы обмануть, въ особенности же, когда жертвою обмана долженъ быть врачъ. Однако, мнѣ кажется недоказаннымъ, чтобы *блуждающее, викарирующее мочеотдѣленіе* (la parurie erratique) истерическихъ женщинъ, во всѣхъ отношеніяхъ, было бы притворнымъ и, такъ сказать, просто вымышленнымъ самыми больными. Напротивъ того, неоспоримо, что во многихъ случаяхъ такого рода главнѣйшія обстоятельства преувеличены, больныя придавали имъ оттѣнокъ чрезвычайнаго и чудеснаго, находя удовольствіе въ искаженіи.

Вообще же, это происходитъ слѣдующимъ образомъ. Впродолженіи извѣстнаго времени существуетъ только анурія или ишурія съ рвотою, а слѣдовательно явленіе это представляется самымъ обыкновеннымъ. Но вскорѣ затѣмъ, въ особенности же когда припадки, повидимому, возбуждаютъ интересъ и любопытство врачей, чистая моча начинаетъ извергаться рвотою уже въ значительномъ количествѣ; затѣмъ она будетъ выдѣляться изъ ушей, пупка, глазъ и даже изъ носа, какъ это и происходило въ случаѣ, описанномъ въ вышеупомянутомъ американскомъ журналѣ. Наконецъ, если удивленіе будетъ чрезмѣрное, то къ этому, можетъ быть, присоединится еще и рвота фекальными массами.

Къ числу этихъ послѣднихъ случаевъ принадлежитъ и тотъ, который во Франціи пріобрѣлъ громкую извѣстность, и относится къ Жозефинѣ Рулье, которая, около 1810 года, впродолженіи болѣе пятнадцати мѣсяцевъ, фигурировала въ клиникѣ профессора Леру. Сначала больная представляла симптомы простой ишуріи съ викарирующимъ мочеотдѣленіемъ (parurie erratique). Нистенъ, описавшій этотъ случай, изслѣдовалъ извергнутыя рвотою вещества и нашелъ въ нихъ присутствіе мочевины. Немного спустя, появилось выдѣленіе мочи изъ пупка, ушей, глазъ, сосковъ и наконецъ выдѣленіе чрезъ ротъ фекальныхъ массъ. Вы видите здѣсь, Мм. Гг., рядъ постоянно однихъ и тѣхъ же явленій, не смотря на страну или вѣкъ, въ которомъ подобныя наблюденія собирались. Обманъ былъ обнаруженъ Бойе: для этого достаточно только было употребить смирительную рубашку, чтобы всѣ чрезвычайныя явленія прекратились; а въ кровати больной были найдены твердые и совсѣмъ приготовленные шарики фекальныхъ массъ. Но, по несчастію, — *Физіологическія и химико-патологическія изысканія* были уже опубликованы. Нужно было сдѣлать публичное раскаяніе: одно примѣчаніе было помѣщено въ Journal général de médecine, а другое приложено къ нѣкоторымъ экземплярамъ книги Нистена.

Въ виду этихъ фактовъ, слѣдуетъ ли заключать, что истерическая ишурія вся—обманъ. Я этого не думаю и надѣюсь, Мм. Гг., что вы присоединитесь къ моему мнѣнію, когда познакомитесь со всѣми особенностями исторіи моей больной.

Есть еще одно послѣднее обстоятельство, которое также подрываетъ значеніе наблюденій истерической ишуріи, это то, что при неистерической ишуріи, если она продолжается свыше нѣсколькихъ дней (3, 4, 5 дней), появляются самые тяжелые симптомы (уремическіе), которые почти постоянно оканчиваются смертью.

Оставляя въ сторонѣ случаи ануріи, зависящіе отъ острой или хронической Брайтовой болѣзни, какъ слишкомъ сложные, чтобы приводить ихъ здѣсь, я выберу, какъ типичное явленіе, *конкрементное закупориваніе мочеточниковъ*, появляющееся у особъ, до того времени совершенно здоровыхъ. При этихъ условіяхъ одна изъ почекъ, вслѣдствіе предшествовавшей болѣзни, представляется въ видѣ фибрознаго мѣшка (coque fibreuse), наполненнаго кистами, а слѣдова-

тельно неспособнаго къ своей функціи, или же въ болѣе рѣдкихъ случаяхъ, оба мочеточника закупорены одновременно. Для нашей цѣли безразлично — произошла ли эта закупорка безъ болей, или же сопровождалась почечною колико-ю. При такихъ обстоятельствахъ, Гальфортъ [5]), Аберкромби и всѣ авторы, которые занимались изученіемъ этихъ случаевъ, единогласно признаютъ, что если анурія существуетъ болѣе четырехъ или пяти дней, то неизбѣжно появляются симптомы коматознаго состоянія, сопровождающіеся судорогами или безъ оныхъ и вскорѣ оканчивающіеся смертью. Жизнь продолжается нѣсколько дольше, если мочеотдѣленіе совершается хотя бы въ самомъ незначительномъ количествѣ, но все-таки окончательный результатъ отъ этого не измѣняется.

Кромѣ того, есть еще отдѣлъ исключеній, который мы не можемъ пропустить, тѣмъ болѣе, что изъ него будемъ извлекать полезныя для нашего предмета свѣденія.

1) Въ случаѣ доктора Ленга, описанномъ Робертомъ Виллисомъ [6]), анурія продолжалась десять дней и окончилась выздоровленіемъ.

2) У одного больнаго Д-ра В. Робертса (изъ Манчестера), спячка наступила на восьмой день, за четыре дня до смерти [7]).

3) Но самый замѣчательный примѣръ продолжительности жизни, который мнѣ извѣстенъ въ подобныхъ случаяхъ, былъ недавно опубликованъ Пэджетомъ въ *Bulletins de la Société clinique de Londres* [8]). Здѣсь, несмотря на обсолютную анурію, симптомы коматознаго состоянія появились только на четырнадцатый день. На пятнадцатый день больной выдѣлилъ нѣкоторое количество мочи; не смотря на это, припадки усилились и смерть наступила на двадцать третій день.

Какъ бы то ни было, во всякомъ случаѣ, подобно тому, какъ и при опытахъ надъ животными, мы видимъ поразительный контрастъ между *ишуріею конкрементною* (ischurie calculeuse), которая почти неизбѣжно оканчивается смертью и

[5]) Med. Transact., published by the College of physicians, t. VI, 1820.

[6]) Urinary Diseases, London, 1838, стр. 55.

[7]) Смотри исторію этого больнаго въ Etudes clin. et therm. etc., Bourneville, стр. 175, и переводъ этой работы Робертса въ—Mouvement médical. 1871.

[8]) J. Paget,—Case of suppression of urine very slowly fatal. Въ Transact. of the clinical Society in London. T. II. 1869.

ишуріею истерическою, при которой жизнь продолжается многіе мѣсяцы, безъ видимаго растройства общаго здоровья. Въ этомъ и заключается главное затрудненіе. Составляетъ ли оно въ самомъ дѣлѣ непреодолимое препятствіе? Этотъ вопросъ мы и предполагаемъ разсмотрѣть съ вами впослѣдствіи.

III.

Однако, Мм. Гг., пора приступить къ изученію того клиническаго факта, который послужилъ основаніемъ нашей бесѣды. Прежде всего намъ необходимо ознакомиться съ предметомъ нашихъ наблюденій. Съ этою цѣлью всего лучше представить вамъ эту больную и указать сперва существующіе въ настоящее время симптомы, между которыми вы замѣтите признаки сильной и застарѣлой истерики, отличающіеся характеристическимъ соединеніемъ *постоянныхъ симптомовъ*.

Жюстина Этч., 40 лѣтъ, родилась въ Нижнихъ Пиренеяхъ; по занятіямъ—больничная надзирательница. Поступила въ Сальпетріеръ въ 1869 г.; слѣдовательно, мы слѣдимъ за ходомъ ея болѣзни уже впродолженіи четырехъ лѣтъ.

Въ какомъ состояніи она находится въ настоящее время? На первый взглядъ васъ поражаетъ значительная *контрактура*, занимающая у нея обѣ верхнія и лѣвую нижнюю конечности. Эта контрактура появилась внезапно 20 марта, 1870 г., вслѣдствіе сильнаго припадка; она не исчезаетъ ни во время естественнаго сна, ни при хлороформированіи, если только послѣднее не переходитъ, такъ сказать, своихъ крайнихъ предѣловъ. Однако, нужно замѣтить, что раньше этого, верхняя конечность была совершенно парализована и вяла, а соотвѣтствующая ей нижняя представлялась сведенной. Это послѣднее обстоятельство, въ связи съ быстротою появленія контрактуры, дало намъ право объявить въ то время, что въ этомъ случаѣ не было страданія мозга въ видѣ ограниченнаго пораженія. Другой отличительный признакъ, существующій у этой больной, есть полная *геміанестезія*, занимающая обѣ сведенныя конечности, туловище и лицо той же стороны. Анестезія поражаетъ не только наружные покровы, но распространяется и на извѣстную часть слизистыхъ оболочекъ и на органы

чувствъ лѣвой половины тѣла. Такимъ образомъ, относительно зрѣнія этой женщины замѣчается *геміопія* и *ахроматопсія*—явленія, которыя при подобныхъ обстоятельствахъ были описаны Галензовскимъ и къ которымъ мы еще возвратимся.

Развившаяся до такой степени геміанестезія представляетъ намъ, въ этомъ случаѣ, совокупность почти специфическихъ симптомовъ; я говорю *почти*, *не абсолютно* специфическихъ—на томъ основаніи, какъ мы это вскорѣ увидимъ, что грубыя и ограниченныя извѣстными отдѣлами черепномозговыя пораженія тоже ихъ производятъ, по крайней мѣрѣ, отчасти.

Э. представляетъ намъ еще одинъ очень важный симптомъ—*болѣзненность, помѣщающуюся выше лѣвой паховой области.* Брике назвалъ эту боль—*целіалгіей* (coelialgie) и относитъ ее къ мышцамъ. Я же, согласно съ Негріе, Шульценбергомъ и Піорри, думаю, что она помѣщается въ *яичникѣ.* Но, гдѣ бы не помѣщалась эта боль, которую я буду называть *яичниковою гиперестезіею* (hyperesthésie ovarienne), она, во всякомъ случаѣ, представляетъ до извѣстной степени патогномическое явленіе. Она усиливается отъ прижатія, причемъ болѣзненное ощущеніе распространяется лучеобразно и совершенно особымъ образомъ. Эти ощущенія, начинаясь отъ яичниковой области, постоянно достигаютъ: 1-е, надчревной области; 2-ое, шеи, въ которой они передаются чувствомъ болѣе или менѣе значительнаго стѣсненія, извѣстнымъ ощущеніемъ globi hysterici; 3-е, головы, гдѣ эта *иррадіація* характеризуется жужжаніями, свистомъ въ лѣвомъ ухѣ, головною болью съ біеніемъ въ лѣвый високъ, что больная сравниваетъ съ ударами молотка; наконецъ, потемнѣніемъ зрѣнія въ соотвѣтствующемъ глазу. Я ограничиваюсь пока перечисленіемъ этихъ явленій, такъ какъ они требуютъ болѣе подробнаго описанія.

Въ числѣ другихъ симптомовъ, я долженъ упомянуть *о невыдѣленіи мочи* и *вздутіи живота,* ибо они принадлежатъ тоже къ постояннымъ явленіямъ. Наконецъ, эта женщина подвержена особеннымъ *припадкамъ*, которые проявляются или въ тетанической, или эпилептивидной формахъ, а въ иныхъ они случаяхъ приближаются къ обыкновенному типу истерики. Такимъ образомъ, сегодня изъ одного явленія вы можете распознать припадокъ, происшедшій у больной два

дня тому назадъ. Явленіе это есть *trismus*, препятствующій больной съ тѣхъ поръ принимать пищу.

IV.

Теперь больная можетъ удалиться. Намъ будетъ удобнѣе въ ея отсутствіи разсказать вамъ другія особенности ея болѣзни. Это настоящая одиссея. А потому мнѣ необходимо прибѣгать къ сокращеніямъ; тѣмъ не менѣе, я постараюсь указать вамъ послѣдовательность припадковъ.

Первый судорожный припадокъ появился въ 1855 г., при неизвѣстныхъ намъ обстоятельствахъ. Здѣсь цѣлый романъ—дѣло изнасилованія (?), въ которомъ трудно что нибудь себѣ разъяснить. Вѣрнѣе всего то, что этотъ припадокъ былъ крайне сильный; больная упала въ огонь и обожгла себѣ лице: вы можете видѣть у нея неизгладимые знаки, происшедшіе вслѣдствіе этого событія. Съ тѣхъ поръ припадки по временамъ возвращались и имѣли тотъ же самый характеръ; но появлялись они довольно рѣдко—около двухъ или трехъ разъ въ годъ.

Спустя десять лѣтъ, появилось задержаніе мочи. Вслѣдствіе припадка, у больной обнаружилась гемиплегія съ вялостью въ лѣвой половинѣ тѣла и она поступила въ отдѣленіе Ласега.

Въ томъ же году (1869) принята въ Сальпетріеръ причемъ мы замѣтили слѣдующее: 1-ое, гемиплегію лѣвой половины тѣла съ вялостью верхней конечности и контрактурою въ нижней; 2-ое, геміанестезію и ахроматопсію той же стороны. Симптомы, представляемые въ то время Э., описаны въ тезисахъ Гело и Берже.

Впродолженіи 1870 г. состояніе больной почти не измѣнялось и только послѣ новаго припадка появилась контрактура лѣвой верхней конечности.

Въ 1870 г., послѣ моихъ лекцій, я вамъ представлялъ эту больную, какъ образецъ паралитической формы истерической контрактуры [9]).

---

[9]) Эта лекція, помѣщенная здѣсь, была сперва опубликована въ Revue photographique des hôpitaux de Paris, 1871. стр. 103. Таблица XXV этого журнала представляетъ эту больную.

Послѣ припадка, случившагося въ мартѣ 1871 г., появилась вялая гемиплегія *правой половины*. Въ концѣ мѣсяца вмѣсто вялости, появилась контрактура. Въ апрѣлѣ, мы имѣли предъ нашими глазами самую сильную и абсолютную контрактуру, не проходившую ни днемъ, ни ночью, ни во время сна и бдѣнія и не уступавшую даже при хлороформированіи, или, по крайней мѣрѣ, разрѣшавшуюся только при высшей его степени.

Такимъ образомъ, эта женщина, какъ видите, должна была оставаться постоянно въ постели и невозможность движеній конечностями представляла превосходное условіе, облегчавшее за нею надзоръ. Кромѣ того, я помѣстилъ возлѣ нея двухъ больныхъ, какъ и она, не покидавшихъ кровати и готовыхъ все мнѣ разсказать, если бы онѣ замѣтили какой либо обманъ. Я имѣлъ здѣсь самую лучшую женскую полицію, ибо вы знаете, что тайные заговоры между женщинами очень рѣдко бываютъ успѣшными. Этихъ свѣденій, я полагаю, достаточно, чтобы васъ, Мм. Гг., убѣдить въ невозможности притворства въ этомъ первомъ періодѣ. По крайней мѣрѣ, мои друзья, профессора Браунъ-Секаръ и Руже, видѣвшіе въ это время больную, остались совершенно довольными этими предосторожностями.

Теперь намъ остается разсказать, какимъ образомъ при этихъ благопріятныхъ для правильнаго наблюденія условіяхъ, появилась ишурія.

Ишурія началась въ апрѣлѣ, 1871 г. Уже до этого, прислуживавшая женщина, которая по нѣсколько разъ въ день вводила больной катетеръ, замѣтила, что, по временамъ, количество выпущенной мочи было чрезвычайно незначительное, а иной разъ, впродолженіи двухъ или трехъ дней и даже болѣе мочи и совсѣмъ не было, постель же никогда не было мокрою.

Къ этимъ симптомамъ, которые не прекращались и въ маѣ и въ іюнѣ, вскорѣ присоединилась рвота, совершавшаяся, впрочемъ, безъ особеннаго усилія. Вначалѣ я сдѣлалъ видъ, что всѣ эти явленія не были для меня неожиданными. Я велѣлъ наблюдать секретно за больною днемъ и ночью: ни въ какое время она не была замѣчена въ обманѣ.

Теперь я прошу васъ взглянуть на представляемыя таблицы (Таб. V, VI и VII), въ которыхъ вы можете видѣть различныя фазы развитія припадковъ, представлявшихся

при нашемъ наблюденіи. Таблица начинается съ 17-го іюля, 1871 г., т. е. съ того времени, съ котораго я приказалъ ежедневно собирать мочу и рвоту и заканчивается въ октябрѣ, 1871. (Таб. V и VI).

Съ 16-го по 31-го іюля количество рвотныхъ изверженій колебалось между 500 и 1,750 сантилитрами, а ежедневное среднее количество равнялось 1 литру. Количество мочи колебалось между 0 и 5 граммами; суточное же среднее количество равнялось 2 грам., 50. Впродолженіи этого періода абсолютная ишурія появлялась чрезъ день (Таб. V).

Въ августѣ, среднее количество мочи равнялось 3 граммамъ, а рвотныхъ изверженій—1 литру въ сутки. Въ этомъ мѣсяцѣ неоднократно появлялась полная ишурія, впродолженіи нѣсколькихъ дней. Но замѣтьте, что совершенное отсутствіе мочи никогда не продолжалось болѣе десяти дней.

Съ 1-го по 30-е сентября, среднее количество рвотныхъ изверженій равнялось $1^1/_2$ литрамъ въ день, а количество мочи не превышало 2 граммъ, 50 (Таб. VI).

При разсматриваніи и сравненіи кривыхъ, означенныхъ въ таблицѣ, замѣчаемъ тотъ выдающійся фактъ, что линія рвотныхъ изверженій вообще возвышается тогда, когда линія, означающая мочеотдѣленіе, понижается и на оборотъ. Слѣдовательно, здѣсь происходило довольно правильное колебаніе между этими двумя явленіями.

Каково же было общее состояніе, впродолженіи этого долгаго, четырехмѣсячнаго періода, во время котораго производилось наблюденіе? Во все это время мы не замѣчали никакихъ особенныхъ разстройствъ, о которыхъ слѣдовало бы упомянуть. Нетрудно догадаться, что принятіе пищи было самое ограниченное, такъ какъ большая ея часть почти тотчасъ извергалась обратно, безъ особеннаго напряженія; это послѣднее свойство истерической рвоты было справедливо указано Сальтеромъ [10]). Однако, не смотря на эти неблагопріятныя условія, питаніе не нарушалось. Впрочемъ, фактъ этотъ давно уже извѣстенъ, такъ какъ онъ наблюдается кромѣ ишуріи и въ случаяхъ неунимающейся рвоты у истерическихъ особъ.

Уже съ самаго начала я предполагалъ, что рвотныя изверженія нашей больной должны содержать въ себѣ мочевину. Но первыя изслѣдованія, предпринятыя съ этою цѣлью,

[10]) The Lancet, п. 1 и 2, т. II. 1868.

оказались безуспѣшными: употребленный способъ открытія мочевины былъ неудовлетворителенъ. Тогда я обратился къ помощи Грегана, на компетентность котораго въ этихъ случахъ можно безспорно полагаться, что онъ и исполнилъ съ большою обязательностью.

22 кубическіе сантиметра мочи, собранные 10-го октября и представляющіе все количество мочи, выпущенной въ этотъ день, дали при химическомъ анализѣ 0,179 граммовъ мочевины. Все количество рвотныхъ изверженій, простиравшееся 11-го октября до 1460 куб. сантиметровъ, содержало въ себѣ 3,699 граммовъ мочевины.

Чтобы опредѣлить, не содержится ли въ крови нашей больной бо́льшаго количества мочевины, чѣмъ въ физіологическомъ состояніи, мы рѣшились сдѣлать небольшое кровопусканіе. Но такъ какъ контрактура препятствовала производству операціи, то при этомъ необходимо было усыпить больную. Въ 100 граммахъ крови Э., Греганъ нашелъ 0,036 грам. мочевины; а въ 100 граммахъ крови здороваго субъекта, изслѣдованной для сравненія, онъ нашелъ—0,034 гр. мочевины. Слѣдовательно, результатъ этихъ двухъ анализовъ былъ одинаковый.

Но, къ несчастію для нашихъ изслѣдованій, вслѣдствіе употребленія хлороформа, симптомы измѣнились сильно, которые мы съ такимъ интересомъ наблюдали; появилось недержаніе мочи, продолжавшееся довольно долго; контрактура на правой сторонѣ исчезла. Невозможно было и думать о производствѣ точныхъ наблюденій. Сверхъ того, рвота вскорѣ прекратилась и мочеотдѣленіе прогрессивно увеличивалось до нормальнаго количества.

V.

Таковы были результаты перваго ряда изслѣдованій, которыя мы рѣшились предпринять, въ видахъ возстановленія истерической ишуріи, какъ дѣйствительно существующаго клиническаго факта. Между тѣмъ тѣже припадки вскорѣ опять появились, хотя и въ менѣе рѣзкомъ видѣ, тѣмъ не менѣе они также заслуживаютъ нашего вниманія. Въ этомъ второмъ періодѣ, даже и временно, полная анурія не появлялась; мы замѣчали только простую олигурію; рвотныя из-

верженія были не такъ обильны; однимъ словомъ, если бы припадки были еще менѣе выражены и если бы мы не были предупреждены предшествовавшими наблюденіями, то несомнѣнно, что викарирующее отдѣленіе мочевины могло бы ускользнуть отъ нашего вниманія.

Разсмотримъ вкратцѣ, что произошло въ этомъ второмъ періодѣ. Послѣ болѣе или менѣе полнаго послабленія симптомовъ, въ январѣ опять появилось задержаніе мочи. Въ слѣдующемъ мѣсяцѣ, вслѣдъ за припадкомъ, мы наблюдали попеременно то поліурію (2 литра мочи въ день), то олигурію. Въ мартѣ, мочеотдѣленіе значительно уменьшилось и 18-го числа того же мѣсяца опять появилась рвота. Среднее суточное количество рвотныхъ изверженій до 31 марта, равнялось 500 граммамъ. Въ апрѣлѣ, среднее число рвотныхъ изверженій было 800 граммъ, а мочи 100 граммъ (Таб. VII).

Впродолженіи этого новаго періода изслѣдованія, мы не находились въ такихъ благопріятныхъ условіяхъ, какъ въ первый разъ. Свобода движеній въ правой верхней конечности почти возстановилась, а потому необходимо было, на случай обмана, прибѣгнуть къ нѣкоторымъ предосторожностямъ. Кромѣ обыкновеннаго надзора, который не прерывался ни на одну минуту, мы предпринимали слѣдующія предосторожности: по временамъ тщательно осматривали кровать больной; не оставляли ей ни сосудовъ, ни катетеровъ и т. п. Наконецъ, я уговорилъ больную, въ видахъ пользы при леченіи контрактуры, существующей у нея на лѣвой сторонѣ, удерживать ее неподвижно посредствомъ горячечной рубашки; больная на это согласилась. Рубашка не оставалась на ней постоянно—ее снимали во время ѣды, но тогда больная была подъ надзоромъ кормившей ее прислуги.

Греганъ произвелъ въ различное время этого мѣсяца анализъ мочи и рвотныхъ изверженій—за двѣнадцать дней. Впродолженіи этого времени: среднее суточное количество мочи было 206 граммовъ и содержало 3,09 гр. мочевины. Среднее суточное количество въ 362 рвотныхъ изверженіи грамма заключало въ себѣ 2,138 гр. мочевины. Складывая оба эти количества мочевины, получимъ очень незначительную цыфру въ 5,228 грам. Я представляю вамъ обращикъ щавелевокислой мочевины, полученной Греганомъ изъ рвоты, собранной за 24 часа. Мы сейчасъ воспользуемся этимъ результатомъ.

Такъ же, какъ и въ предшествующій разъ, мы не могли

доказать викарирующаго отдѣленія мочевины кишечнымъ каналомъ и кожею. Больная обыкновенно страдала запоромъ и такъ же, какъ и въ первый разъ, ничего особеннаго не замѣчалось на наружныхъ покровахъ. Общее состояніе, повидимому, не измѣнялось и температура никогда не превышала 37° и нѣсколькихъ десятыхъ [11]).

Такимъ образомъ, Мм. Гг., это новое доказательство служитъ только подтвержденіемъ перваго и, какъ вы видите, все вмѣстѣ заставляетъ насъ признать *существованіе истерической ишуріи* съ *викарирующимъ мочеотдѣленіемъ*, какъ доказанное патологическое явленіе, не имѣющее ничего общаго съ притворствомъ. А если такое заключеніе справедливо, то ясно, что и древнія наблюденія имѣютъ нѣкоторое значеніе; необходимо только отдѣлить ложное отъ истиннаго, выбросить нѣкоторые необыкновенные симптомы, какъ напримѣръ: выдѣленіе мочи чрезъ носъ, глаза и т. п. и рвоту фекальными массами. Сверхъ того, нѣкоторые изъ этихъ случаевъ представляютъ, во всѣхъ своихъ подробностяхъ, признаки правдоподобнаго факта. Къ этой категоріи мы причисляемъ, напримѣръ случай доктора Гирльдстона (изъ Ярмута) и еще нѣкоторые другіе.

VI.

Теперь я разсмотрю вмѣстѣ съ вами, Мм. Гг., то противорѣчіе, которое мы замѣтили, съ одной стороны между *обыкновенною анурією*, наблюдаемою у людей, а равно

[11]) Въ томъ же году (1875) Э. представляла новый періодъ истерической ишуріи. Просматривая кривую (Таб. X), представляющую ежедневное количество выдѣлявшейся мочи и 112 химическихъ анализовъ, произведенныхъ Реньяромъ, мы замѣчаемъ, что, впродолженіи трехъ мѣсяцевъ, больная выдѣляла ежедневно отъ 15 до 20 граммовъ мочи, содержавшей въ себѣ отъ 3 до 4 децпграммовъ мочевины. Однако, въ нѣкоторые дни, во время болѣзненныхъ кризисовъ, она, въ нѣсколько часовъ, выдѣляла до четырехъ литровъ мочи, содержавшей 27 граммовъ мочевины. Впродолженіи этого періода у больной не было рвоты, посредствомъ которой она могла бы извергать мочевину, какъ это замѣчалось въ тѣхъ періодахъ, о которыхъ идетъ рѣчь въ нашей лекціи. (Смотри объ этомъ въ сообщеніи, сдѣланномъ нами и Реньяромъ въ Société de Biologie, 3 іюля 1875). Мы будемъ еще имѣть случай разсказать—при какихъ обстоятельствахъ эта ишурія внезапно прекратилась.

экспериментальною анурією, производимою у животныхъ и съ другой стороны—*ишуріею истерическихъ особъ.* Дѣйствительно ли оно такъ абсолютно, какимъ намъ показалось на первый взглядъ?

Въ первой группѣ фактовъ смерть наступаетъ почти неизбѣжно, впродолженіи очень короткаго времени; во второй—общее здоровье, впродолженіи неопредѣленнаго времени, сохраняется въ извѣстной степени, въ удовлетворительномъ состояніи. Слѣдовательно, мы находимъ здѣсь самую рѣзкую противуположность. Тѣмъ не менѣе, нѣтъ ли возможности, при подобномъ изслѣдованіи всѣхъ обстоятельствъ, отыскать причину этого противорѣчія? Я не въ состояніи еще разрѣшить вамъ эту проблемму положительнымъ образомъ; а потому долженъ прибѣгнуть къ гипотезѣ, которая, хотя, быть можетъ и покажется вамъ правдоподобною, тѣмъ не менѣе прошу васъ, во всякомъ случаѣ, принять ее на столько, на сколько она того заслуживаетъ.

Что животныя постоянно погибаютъ, вслѣдствіе нефротоміи или постоянной перевязки мочеточниковъ, въ этомъ нѣтъ ничего необыкновеннаго. Но, спрашивается, что произошло бы, напримѣръ, въ томъ случаѣ, если бы возможно было произвести опытъ съ перемежающимся закрытіемъ мочеточниковъ? Если бы, при подобныхъ условіяхъ, возстановилось правильное колебаніе между почечнымъ и добавочнымъ отправленіями, то продлилось ли бы существованіе животнаго? Не смотря на весь интересъ, представляемый разрѣшеніемъ этой проблеммы, я ее однако оставляю и возвращаюсь къ патологіи человѣка.

Возьмемъ для примѣра закупориваніе мочеточниковъ конкрементами, о которомъ мы выше упомянули.

Первое, что намъ представляется у нашей больной, это то, что полная анурія никогда не продолжалась у нея болѣе десяти дней. Такимъ образомъ, основываясь на предшествовавшихъ наблюденіяхъ, мы видимъ, что этотъ десятидневный періодъ не составляетъ еще крайняго предѣла, при которомъ, вслѣдствіе закрытія мочеточниковъ, необходимо должны появиться припадки уремическаго отравленія, такъ какъ въ наблюденіи Пэджета, функціи организма не нарушались и общее состояніе здоровья не измѣнялось до четырнадцатаго дня. Безъ сомнѣнія, у Э., количество выдѣлившейся мочи, въ дни свободные отъ полной ануріи, было очень незначительное; но, тѣмъ не менѣе и это малое ко-

личество имѣетъ огромное значеніе: ибо всѣ авторы, начиная отъ Гальфорда, признаютъ, что вслѣдъ за испущеніемъ небольшаго количества мочи, при мочеточниковой ишуріи, у одержимыхъ каменною болѣзнью, наступаетъ улучшеніе и значительное облегченіе припадковъ.

Другая особенность: страдающіе каменною болѣзнью поражаются ею, такъ сказать, внезапно, чувствуя себя до этого совершенно здоровыми; между тѣмъ какъ, судя по нашимъ наблюденіямъ, истерическая ишурія только постепенно достигаетъ своего апогея. Быть можетъ, весь вопросъ здѣсь сводится на *привычное состояніе*, въкоторомъ необходимо давать себѣ отчетъ. Но, во всякомъ случаѣ, я далекъ отъ мысли предполагать у истерическихъ женщинъ *особенную ненарушимость* организма, своего рода *митридатизмъ* въ отношеніи уремическаго отравленія. Эта стойкость, которую онѣ представляютъ, при разсматриваемыхъ нами условіяхъ, вѣроятно обусловливается другою причиною, именно: здѣсь скорѣе вопросъ количественный, какъ это я постараюсь объяснить.

Безъ сомнѣнія, вы обратили вниманіе на незначительное суточное количество мочевины, выдѣляемое нашею больною мочею и рвотою. Мы говорили, что впродолженіе двѣнадцатидневнаго періода она выдѣляла въ сутки по 5 граммъ мочевины. Это количество, какъ вы видите, значительно ниже того, которое нашелъ Шереръ у одного помѣшаннаго, голодавшаго впродолженіи трехъ недѣль: суточное количество ея у этого послѣдняго равнялось 9 — 10 граммамъ. Сверхъ того, мы видѣли, что въ нашемъ случаѣ, не было викарирующаго отдѣленія испражненіями и потомъ больной. И такъ, уремія, какъ и всѣ отравленія, не представляетъ, вѣроятно, исключенія изъ того общаго правила, при которомъ необходимо давать себѣ отчетъ *въ количествѣ* дѣйствующаго агента.

Спрашивается—не вѣроятно ли, что уже самое уменьшеніе количества мочевины, которому, безъ сомнѣнія, соотвѣтствовало и уменьшеніе такъ называемыхъ экстрактивныхъ веществъ, обусловливало у нашей больной отсутствіе всѣхъ симптомовъ уремическаго отравленія?

Такимъ образомъ, мы должны допустить, что у Э., во все время существованія ишуріи, происходило замедленіе явленій органическаго разложенія, которымъ и обусловлива-

лось абсолютное уменьшеніе количества веществъ, предназначенныхъ къ изверженію.

Впрочемъ, это условіе составляетъ, быть можетъ, общее явленіе цѣлой истерической группы. И въ самомъ дѣлѣ, давно уже замѣчено, что нѣкоторыя изъ этихъ больныхъ, въ случаѣ *неукротимой рвоты*, ограничиваются принятіемъ слишкомъ незначительнаго и недостаточнаго количества пищи, нисколько не теряя своей тучности и безъ всякихъ замѣтныхъ разстройствъ въ общемъ здоровьи. Было бы интересно, въ подобныхъ случаяхъ, производить ежедневно сравнительный анализъ крови и мочи, чтобы, такимъ образомъ, опредѣлить отношеніе мочевины и экстрактивныхъ веществъ. Очень возможно, что этимъ путемъ мы могли бы достигнуть разрѣшенія той проблеммы, на которую я могу теперь только указать.

VII.

Какимъ механизмомъ обусловливается истерическая ишурія? Гдѣ находится препятствіе, мѣшающее совершенію мочеваго отдѣленія? Несомнѣнно, что его нѣтъ, ни въ мочеиспускательномъ каналѣ, ни въ мочевомъ пузырѣ. Нѣтъ ли его въ мочеточникахъ, или даже въ самыхъ почкахъ? Никакіе признаки не даютъ намъ права предполагать воспалительнаго процесса въ почечной желѣзѣ или въ мочеточникахъ, такъ какъ противъ подобнаго предположенія мы имѣемъ несомнѣнныя доказательства въ составныхъ частяхъ мочи, а равно и въ другихъ симптомахъ. Скорѣе можно здѣсь допустить дѣйствіе нервной системы, вліяніе которой на мочеотдѣленіе не подлежитъ никакому сомнѣнію. Для примѣра достаточно вамъ напомнить, что у собакъ, вслѣдствіе произведеннаго разрѣза живота, можетъ произойти мгновенное прекращеніе мочеотдѣленія, какъ это видѣлъ Клодъ Бернаръ; равнымъ образомъ, иногда случается, что при операціи пузырно-влагалищнаго свища, впродолженіи извѣстнаго времени, мочеотдѣленіе прекращается, — фактъ, на который обратилъ вниманіе Жоберъ де Ламбаль.

Совершается ли это, въ нашемъ случаѣ, посредствомъ спазматическаго закрытія мочеточниковъ? Извѣстно, что эти каналы обладаютъ очень ясно выраженнымъ сократитель-

нымъ свойствомъ: такъ Мульдеръ видѣлъ сильное ихъ сокращеніе у субъекта съ вывороченнымъ наружу мочевымъ пузыремъ. Валентинъ также наблюдалъ очень явственно это явленіе подъ вліяніемъ раздраженія нервныхъ центровъ [12]). Въ свою очередь, такое предположеніе по видимому подтверждается и аналогіями; довольно часто можно наблюдать, у истерическихъ особъ сокращенія языка, пищепровода и пр., продолжающіяся довольно долгое время. На этомъ основаніи, истерическая ишурія должна болѣе приближаться къ закупориванію мочеточниковъ конкрементами. Но, къ несчастію, нѣкоторыя довольно вѣсскія возраженія противорѣчатъ этому взгляду.

Экспериментальныя изслѣдованія Макса Германа доказали, какъ вамъ извѣстно, что когда мочеточникъ подвергается давленію, то, пропорціонально объему мочи, уменьшается и количество мочевины и если давленіе достигаетъ 0,060 миллиметровъ ртутнаго столба, то въ мочѣ уже не появляется мочевины.

Робертсъ (изъ Манчетстера) [13]) подтвердилъ дѣйствительность этого факта у человѣка. Въ одномъ случаѣ закупорки мочеточниковъ конкрементами выдѣлилось небольшое количество прозрачной мочи, содержавшей въ 1000 граммахъ 0,50 сантигр. мочевины. У нашей же больной 1000 граммовъ мочи содержали 15 грам. мочевины — количество, которое уже приближается, какъ мы уже видимъ, къ нормальному.

Изъ этого видно, Мм. Гг., что при истерической ишуріи препятствіе не заключается въ мочеточникахъ. Но гдѣ же оно находится? Нужно ли приписать его вліянію нервной системы, подобно тому, какъ то открылъ Лудвигъ относительно слюнной желѣзы? При отсутствіи всякихъ указаній въ этомъ отношеніи, мы должны оставить этотъ вопросъ открытымъ [14]).

---

[12]) Donders,—Physiologie.

[13]) The Pathology of suppression of Urine. Въ The Lancet, 1868 май 23 и 30;—1870, іюля 18 —Mouvement méd , 1871, стр. 22, 32 и 128.

[14]) Послѣ изложенія этой лекціи Шарко (іюль 1872), Ш. Ферне сообщилъ въ Société médicale des hôpitaux статью подъ заглавіемъ: De l'oligurie et de l'anurie hystériques et des vomissements qui les accompagnent. (Union médicale, 17 апрѣля 1873, стр. 566). Изложивъ вкратцѣ мнѣніе Шарко, Ферне сообщаетъ слѣдующее интересное наблюденіе:

Марія Л., 19 лѣтъ, хлоротично-анемическая. Мѣсячное отдѣленіе появилось на 16 году и было всегда неправильное. Сестра больной была подвержена частымъ припадкамъ истерики. Въ январѣ 1871 г. Марія Л.

испугалась, вслѣдствіе чего съ нею сдѣлался истерическій припадокъ. Въ маѣ—крайняя слабость, нерасположеніе, боли въ конечностяхъ. (Укрѣпляющая діэта, хина, желѣзо, морскія ванны). Въ концѣ августа, вслѣдствіе морской ванны, у Маріи Л., въ первый разъ, появилась рвота. „Рвота началась изверженіемъ плотныхъ веществъ; затѣмъ, по прошествіи нѣсколькихъ дней, все принятое больною извергалось рвотою. Такая рвота существовала безъ перерыва до октября; затѣмъ прекратилась дней на пятнадцать, послѣ чего снова появилась съ прежнею силой и продолжалась постоянно..." Въ мартѣ 1872 г., Л. поступила въ Hôtel-Dieu (отдѣленіе Муассоне). Леченіе: холодныя обмыванія, ледъ и шампанское, мушка съ морфіемъ подъ ложечку. Мало по малу рвота уменьшилась, появлялась только по временамъ и, наконецъ, больная, послѣ прекращенія рвоты, выписалась изъ госпиталя 15-го апрѣля. Впродолженіи мая и іюня нечастая рвота. Въ іюлѣ мѣсяцѣ рвота опять появилась вслѣдъ, за неудовольствіями и опять прекратилась, быть можетъ, отъ употребленія бромистаго калія. Въ концѣ іюля, вслѣдствіе новаго нравственнаго потрясенія, рвота опять возобновилась и стала также частою и постоянною, какъ и прежде.

Марія Л. вторично поступила въ Hôtel-Dieu, 18 августа, 1872 г. Въ это время она и была наблюдаема Ш. Ферне. Она представляла слѣдующіе симптомы: чрезвычайную слабость, ясно выраженную анемію, характеризующуюся въ особенности бѣдностью кожи и слизистыхъ оболочекъ; межреберная невралгія; яичниковая боль, обнаруживающаяся въ лѣвой сторонѣ во время прижатія; анестезія въ различныхъ мѣстахъ кожи; полная анестезія въ подошвахъ; сильная аналгезія верхнихъ конечностей; ахроматопсія лѣваго глаза, не различавшаго желтаго цвѣта; рвота Больная увѣряетъ, что съ появленіемъ этихъ симптомовъ, мочеотдѣленіе совершается въ очень незначительномъ количествѣ и часто даже впродолженіи нѣсколькихъ дней не выдѣляется ни одной капли мочи. 4-го сентября.—Исключительно молочная діэта. Съ 4 до 9-го сентября, мочилась только одинъ разъ (около 150 граммовъ). Съ этого времени Ш. Ферне тщательно опредѣлялъ, съ одной стороны, количество принятой пищи, а съ другой—количество мочи и рвотныхъ изверженій. Представивъ эти ежедневныя цыфры въ особенной таблицѣ, онъ прибавляетъ: „изъ предыдущей таблицы видна тѣсная связь, существующаяя между состояніемъ мочеотдѣлительной функціи и рвотою. Въ первомъ періодѣ, продолжавшемся съ 9 по 16-е сентября, т. е. втеченіи полныхъ восьми дней, мочеотдѣленіе было совершенно задержано впродолженіи первыхъ шести дней и очень незначительное впродолженіи двухъ остальныхъ. Между тѣмъ въ этотъ промежутокъ времени, больная, находившаяся на молочной діэтѣ, извергала рвотой жидкость, впродолженіи первыхъ 4 дней, сперва составлявшую половину или три четверти принятаго количества, затѣмъ, въ послѣдніе четыре дня, количество жидкости, равное выпитому молоку.

„Во второмъ періодѣ, продолжавшемся девять дней (съ 18 по 26-е сентября), количество рвоты, повидимому, уменьшилось; но сравнительно съ количествомъ принятой пищи, оно не уменьшилось: рвотою извергалась почти вся принятая пища, причемъ діэта больной была измѣнена и состояла изъ холоднаго бульона, сырой говядины и лимонада. Впродолженіи первыхъ двухъ дней этого періода, выдѣлилось небольшое количество мочи (15 гр. и 250 гр.), но въ слѣдующіе семь дней мочеотдѣленіе опять прекратилось.

„Наконецъ, впродолженіи третьяго періода, продолжавшагося четыре дня (съ 27 по 30-е сентября), мочеотдѣлительная функція возстановилась и количество мочи достигло нормальныхъ предѣловъ (1,000 гр., 500 гр., 1,100 гр. въ послѣдніе два дня); въ это же время, на второй день, рвота уменьшилась, а на 3-й и 4 й совершенно прекратилась".

Желая удостовѣриться, не обусловливается ли рвота викарирующимъ выдѣленіемъ мочевины желудкомъ, какъ это указалъ Шарко, Ш. Ферне предложилъ Э. Гарди произвести анализъ мочи и рвотныхъ изверженій. Изъ краткой таблицы этого анализа слѣдуетъ, „что мочевина всегда находилась въ извѣстномъ количествѣ (отъ 0,55 до 1,87 грам.) въ рвотныхъ изверженіяхъ; кромѣ того, при задержанномъ мочеотдѣленіи, количество мочевины, содержавшейся въ рвотѣ, постепенно возрастало впродолженіи этого промежутка времени (съ 19 по 27-е сентября количество ея увеличилось съ 0,62 до 1,08 грам.); наконецъ, когда количество выдѣляемой мочи достигло нормальныхъ предѣловъ, количество мочевины въ желудочномъ выдѣленіи уменьшилось и, безъ сомнѣнія, совершенно прекратилось одновременно съ рвотою".

Дѣйствіе на воображеніе:—назначеніе пилюль, изъ бѣлаго хлѣба, названныхъ молніеносными, произвело съ 27 сентября внезапную перемѣну въ состояніи Маріи Л.—Рвота прекратилась, появилось мочеотдѣленіе. Наконецъ больная, втеченіи ноября, выписалась изъ госпиталя въ довольно удовлетворительномъ состояніи. Оканчивая свою замѣтку, Ш. Ферне указываетъ на тѣ многочисленныя сходства, которыя замѣчались между его больною и больною Шарко.

— Мы указываемъ еще на статью Секуе: Des vomissements urémiques chez les femmes hystériques. (Paris, апрѣль, 1873). Въ ней мы находимъ одно наблюденіе, которое хотя и имѣетъ въ этомъ отношеніи нѣкоторые недостатки, тѣмъ не менѣе, по видимому, должно относиться къ истерической ишуріи (Б.).

ЛЕКЦІЯ ДЕСЯТАЯ.

ОБЪ ИСТЕРИЧЕСКОЙ ГЕМІАНЕСТЕЗІИ (ОБЪ АНЕСТЕЗІИ ОДНОЙ СТОРОНЫ ТѢЛА).

Содержаніе.—Геміанестезія и гиперестезія яичниковыя при истерикѣ. Частое совпаденіе этихъ двухъ симптомовъ. Частое появленіе геміанестезіи у истерическихъ; ея разнообразіе: она бываетъ полная и неполная. Признаки истерической геміанестезіи. Ишемія и судороги. Пораженія спеціальныхъ чувствъ. Ахроматопсія. Связь между геміанестезіею, яичниковою гиперестезіею, парезомъ и контрактурою. Разнообразіе симптомовъ при истерикѣ. Діагностическое значеніе истерической геміанестезіи. Ограниченіе, которое слѣдуетъ при этомъ имѣть въ виду.

Геміанестезія, зависящая отъ извѣстныхъ пораженій головнаго мозга. Аналогичность, которую она представляетъ съ истерическою геміанестезіею. Случаи, въ которыхъ геміанестезія, зависящая отъ головнаго мозга, представляетъ сходство съ истерическою геміанестезіею. Мѣсто головномозговыхъ пораженій, могущихъ произвести геміанестезію. Функція зрительныхъ бугровъ;—теорія англійская и теорія французская. Критика. Нѣмецкая номенклатура различныхъ частей головнаго мозга. Ея преимущества въ отношеніи описанія пораженій. Случаи геміанестезіи, описанные Тюркомъ: спеціальное мѣсто пораженій головнаго мозга въ этихъ случаяхъ. Наблюденіе Маньяна. Измѣненіе спеціальныхъ чувствъ.

Мм. Гг.

Въ этой и слѣдующей лекціяхъ я хочу въ особенности обратить ваше вниманіе на два пункта исторіи гистеріи. Въ одномъ изъ нихъ мы имѣемъ въ виду *истерическую геміанестезію*, а въ другомъ *яичниковую гиперестезія*. Вообще же, всматриваясь поближе въ оба эти явленія, мы находимъ ихъ совмѣстно у однихъ и тѣхъ же больныхъ. Говоря объ

яичниковой гиперестезіи, я надѣюсь показать вамъ очевидное вліяніе *прижатія яичниковой области* на происхожденіе явленій истерическаго приступа; вліяніе, замѣченное уже прежде, но которое затѣмъ было подвержено сомнѣнію. Я вамъ покажу, что такая манипуляція вызываетъ или только предвѣстники истерическаго приступа, или же, въ извѣстномъ числѣ случаевъ, полный истерическій приступъ. Изъ этого вы будете въ состояніи заключить о точности положенія профессора Шутценбергера, которое онъ недавно высказалъ относительно этого явленія, не смотря на возраженія нѣкоторыхъ наблюдателей.

Я укажу вамъ также найденный мною или скорѣе возобновленный способъ, посредствомъ котораго можно остановить у нѣкоторыхъ больныхъ, даже самые сильные истерическіе приступы; онъ состоитъ въ *методическомъ прижатіи яичниковой области*. Брике отрицаетъ дѣйствительность этого прижатія. Я не раздѣляю его мнѣнія и кстати сдѣлаю общее замѣчаніе, относящееся къ книгѣ Брике [1]). Книга эта превосходная; она составляетъ результатъ самыхъ подробныхъ наблюденій и терпѣливой работы; но она имѣетъ и свою слабую сторону: все, что касается яичниковъ и матки, изложено въ ней подъ извѣстнымъ впечатлѣніемъ, въ особенности страннымъ со стороны врача. Это своего рода цѣломудренность, необъяснимый сантиментализмъ. Кажется, что при изложеніи этихъ вопросовъ у автора преобладало одно только предубѣжденіе. «Желая все отнести къ яичникамъ и маткѣ», говоритъ онъ, напримѣръ, въ нѣкоторыхъ мѣстахъ, «представляютъ истерику—болѣзнью похоти, страшнымъ страданіемъ, дѣлающимъ истерическихъ особъ предметами отвращенія и сожалѣнія».

Въ самомъ же дѣлѣ, Мм. Гг., не въ этомъ заключается вопросъ. Что касается меня, то я далекъ отъ мысли, чтобы *похоть* всегда играла извѣстную роль при истерикѣ; я даже убѣжденъ въ противномъ. Равнымъ образомъ, я не придерживаюсь исключительно прежняго ученія, которое за исходную точку истерической болѣзни принимало всецѣло половые органы; но я считаю, вмѣстѣ съ Шутценбергеромъ, за окончательно доказанное, что въ одной спеціальной формѣ истерики, которую я назову, если хотите, *яичниковою*, яичники играютъ весьма важную роль. Пять больныхъ,

[1]) Briquet (P),—Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie. Paris, 1859.

которыхъ я вамъ сейчасъ велю привести, представляютъ, если я не ошибаюсь, очевидные примѣры этой формы истерики. При изслѣдованіи ихъ, вы сами убѣдитесь въ вѣрности описанія, къ которому я сейчасъ приступаю.

I.

Вамъ всѣмъ извѣстна *геміанестезія истерическихъ особъ*, и такъ какъ симптомъ этотъ принадлежитъ чисто французскимъ изслѣдованіямъ, то было бы своего рода неблагодарностью не знать, въ чемъ онъ заключается. О немъ писали поочередно Піорри, Макаріо, Жандренъ и указывали на его отличительные признаки. Только гораздо позже, Шокальскій сдѣлалъ его извѣстнымъ въ Германіи; своими прекрасшими наблюденіями онъ только подтвердилъ факты, высказанные нашими соотечественниками.

Для краткости, я вамъ изложу только *полную геміанестезію*, т. е. такую, которая представляется въ интензивныхъ случаяхъ; этого будетъ достаточно для предположенной мною цѣли. Даже въ такой сильной степени, симптомъ этотъ встрѣчается еще довольно часто, такъ какъ, по Герике, онъ бываетъ 93 раза изъ 400 случаевъ. Относительно же мѣста, имъ занимаемаго, онъ встрѣчается, по тому же автору, въ 70 случаяхъ на лѣвой сторонѣ и въ 20 на правой.

Вы знаете, что происходитъ въ подобныхъ обстоятельствахъ: предположивъ, что обѣ половины тѣла раздѣлены плоскостью въ передне-заднемъ направленіи, то, въ этомъ случаѣ, одна сторона—лицо, шея, туловище и пр.—теряетъ свою чувствительность; причемъ эта потеря чувствительности очень часто ограничивается только поверхностными частями, наружными покровами, иногда же поражаетъ и глубокія области (мышцы, кости, сочлененія).

Вамъ извѣстно, что *истерическая геміанестезія* появляется въ двухъ главныхъ видахъ: полной или неполной. *Аналгезія* съ нечувствительностью къ теплу и холоду или безъ оной, т. е. *термо-анестезія* представляетъ, въ этомъ случаѣ, одно изъ самыхъ обыкновенныхъ ея видоизмѣненій. Рѣзкое отдѣленіе анестезированныхъ частей отъ здоровыхъ составляетъ важный признакъ истерической геміанестезіи.

На головѣ, лицѣ, шеѣ и туловищѣ разграниченіе часто представляется очень точнымъ и соотвѣтствуетъ почти срединной линіи. Другой признакъ, о которомъ необходимо упомянуть, составляютъ относительныя блѣдность и охлажденіе анестезированной стороны. Эти явленія, въ связи съ болѣе или менѣе постоянною ишеміею, были наблюдаемы много разъ. Подобные примѣры приводятъ Браунъ-Секаръ и Льежуа [2]). Эта ишемія, въ интензивныхъ случаяхъ, характеризируется трудностью, съ которою получается кровь изъ анестезированныхъ частей при уколѣ иголкою.

Я случайно замѣтилъ эту особенность и вотъ при какихъ обстоятельствахъ: одной больной, одержимой истерической геміанестезіей, были приставлены пьявки, причемъ кровь изъ уколовъ на анестезированной сторонѣ вытекала съ трудомъ, между тѣмъ на здоровой, она текла, какъ слѣдуетъ. Тоже самое подтверждаетъ и Гризоль, который, какъ вамъ извѣстно, былъ очень умный и строгій наблюдатель. Этою ишеміею, которая однако довольно рѣдко появляется въ такой степени, объясняются извѣстные факты, признаваемые за чудесные. Такъ, напримѣръ, разсказываютъ, что въ эпидемію Сенъ-Медоръ, *удары шпагою*, наносимые *конвульсіонеркамъ*, не производили кровотеченія. Дѣйствительность этого факта не можетъ быть отвергаема безъ изслѣдованія; если справедливо, что многія изъ этихъ конвульсіонерокъ были уличены въ фиглярствѣ, то, тѣмъ не менѣе, при внимательномъ изученіи этого вопроса, нужно признать, что большая часть представляемыхъ ими явленій, о которыхъ исторія намъ передала наивное описаніе [3]), не были, во всѣхъ отношеніяхъ притворными, а только преувеличенными. Почти всегда, какъ показала критика, здѣсь была истерика въ высшей степени своего развитія и чтобы рана такого колющаго оружія, какъ шпага, наносимая женщинамъ, пораженнымъ анестезіею, не сопровождалось кровотеченіемъ, для этого достаточно только, какъ это понятно изъ вышесказаннаго, чтобы оружіе не проникало слишкомъ глубоко.

---

[2]) Liégeois, — Mémoires, de la Société de Biologie, 3-а серія т. I. стр. 274.

[3]) Carré de Montgéron — La Vérité des miracles opérés à l'intercession de M. de Pâris et autres Appelants, etc., 1737.

Есть еще другіе отличительные признаки истерической геміанестезіи, которые заслуживаютъ нашего вниманія, какъ въ клиническомъ, такъ и въ теоретическомъ отношеніяхъ. *Слизистыя оболочки* одной стороны тѣла поражаются, какъ и наружные покровы. Даже *органы чувствъ* на анестезированной сторонѣ поражаются въ извѣстной степени. *Вкусовое* ощущеніе, на соотвѣтственной половинѣ языка, можетъ исчезнуть, начиная отъ верхушки до самого основанія. *Обоняніе* притупляется. *Зрѣніе* замѣтно слабѣетъ и если амбліопія занимаетъ лѣвую сторону, то можетъ появиться одно очень замѣчательное явленіе, на которое Галензовскій обратилъ вниманіе и назвалъ его—*ахроматопсіей*. Но мы еще возвратимся къ этому предмету.

Истерическая *геміанестезія*, по видимому, не поражаетъ внутренностей. Такъ, относительно яичника доказано, что вмѣсто анестезіи, онъ подвергается гиперестезіи. Этотъ органъ можетъ быть очень болѣзненнымъ при давленіи, не смотря на то, что соотвѣтствующая брюшная стѣнка представляетъ абсолютную нечувствительность. Итакъ, Мм. Гг., между мѣстомъ геміанестезіи и между яичниковой гиперестезіей существуетъ очень замѣчательная связь, состоящая въ томъ, что если яичниковая гиперестезія появляется на лѣвой сторонѣ, то и геміанестезія занимаетъ лѣвую сторону и на оборотъ. При двухсторонней яичниковой гиперестезіи анестезія распространяется дальше и слѣдовательно занимаетъ все или почти все тѣло.

Подобная связь существуетъ не только между мѣстомъ геміанестезіи и мѣстомъ яичниковой гиперестезіи, но она также очевидна и въ отношеніи пареза или контрактуры конечностей. Такимъ образомъ, при появленіи пареза или контрактуры, геміанестезія всегда обнаруживается на одной съ ними сторонѣ.

Такая геміанестезія, какою мы ее здѣсь описали, представляетъ въ клиническомъ отношеніи тѣмъ болѣе важный симптомъ, что она существуетъ почти постоянно. Она представляетъ только видоизмѣненіе относительно степени или интензивности составляющихъ его явленій, а иногда также, нужно сказать и относительно непостоянства нѣкоторыхъ изъ этихъ явленій.

Къ числу послѣднихъ принадлежитъ ахроматопсія, неоднократно и очень ясно доказанная нѣсколько недѣль тому

назадъ у одной изъ нашихъ больныхъ: она сегодня совершенно исчезла.

Кстати, необходимо помнить, что геміанестезія представляетъ такой симптомъ, который необходимо *отыскивать*, какъ очень справедливо замѣтилъ Ласегъ [4]). Въ самомъ дѣлѣ, многія больныя чрезвычайно удивляются, когда имъ объявляютъ о существованіи этого явленія.

II.

Теперь необходимо разсмотрѣть, въ какой мѣрѣ описанная выше геміанестезія составляетъ симптомъ, свойственный истерикѣ. Въ самомъ дѣлѣ, очень рѣдко случается, чтобы при другой болѣзни, она появлялась совокупно со всѣми своими признаками. А потому, точно доказанное существованіе геміанестезіи составляетъ драгоцѣнный признакъ, посредствомъ котораго можно распознавать свойства большей части такихъ симптомовъ, которые безъ него оставались бы сомнительными. Брике не безъ основанія въ особенности настаиваетъ на этомъ признакѣ: чтобы показать всю его важность, онъ привелъ одинъ случай, въ которомъ женщина, вслѣдствіе сильнаго нравственнаго потрясенія, быстро подверглась болѣе или менѣе глубокому коматозному состоянію,—съ предшествовавшими судорогами или безъ оныхъ,—достовѣрно неизвѣстно (коматозная форма истерики),—и у которой, вслѣдъ за пробужденіемъ, обнаружилась болѣе или менѣе полная гемиплегія. Здѣсь мы видимъ совокупность такихъ обстоятельствъ, которыя нерѣдко встрѣчаются въ практикѣ и при которыхъ положеніе врача можетъ быть крайне затруднительнымъ. Въ этихъ то именно случаяхъ, говоритъ Брике, существованіе геміанестезіи, которая, по всей вѣроятности, появляется при этомъ со всѣми своими отличительными признаками и можетъ навести насъ на правильное распознаваніе. Такое положеніе совершенно справедливо; я бы съ нимъ вполнѣ согласился, если бы только не одно обстоятельство.

Абсолютный характеръ геміанестезіи можно было бы признать только въ томъ случаѣ, если бы было справедливо,

---

[4]) Archives générales de médecine. 1864, т. I, стр. 385.

что она составляетъ почти специфическій симптомъ въ томъ смыслѣ, что ее не находятъ съ тѣми же самыми признаками, въ огромномъ большинствѣ случаевъ матеріальныхъ пораженій головнаго мозга (кровоизліяніе, размягченіе, опухоли). Въ особенности же несправедливо принимать, что *геміанестезія, развившаяся подъ вліяніемъ пораженій головнаго мозга, всегда отличается отъ истерической геміанестезіи въ томъ отношеніи, что въ первомъ случаѣ кожлица не участвуетъ въ этой потерѣ чувствительности*, или же, *если и существуетъ анестезія лица, то она никогда не появляется на той же самой сторонѣ, на которой она находится въ конечностяхъ*. Эту же неточность и почти въ тѣхъ же выраженіяхъ, мы находимъ и въ интересной статьѣ, Лебретона [5]).

Мнѣ непріятно критиковать столь замѣчательное сочиненіе Брике; но чѣмъ болѣе оно уважается и уважается справедливо, тѣмъ бо́льшее значеніе имѣютъ тѣ неточности, которыя въ немъ находятся. Надѣюсь, что это обстоятельство послужитъ къ оправданію моей критики.

Мм. Гг. Извѣстныя ограниченныя пораженія мозга въ случаяхъ, правда исключительныхъ, но тѣмъ не менѣе совершенно достовѣрныхъ, могутъ произвести гиміанестезію со всѣми ея отличительными признаками, которые извѣстны при истерикѣ, *только съ незначительнымъ уклоненіемъ*. Позвольте мнѣ войти въ нѣкоторыя подробности относительно этого предмета.

Господствующее, по крайней мѣрѣ у насъ, классическое ученіе, подтверждаемое сверхъ того, какъ данными клиническаго наблюденія, такъ и данными, полученными при опытахъ надъ животными, требуетъ, чтобы ограниченныя церебральныя пораженія, которыя такъ глубоко нарушаютъ двигательную функцію, оставались почти безъ всякаго вліянія на чувствительность, въ особенности же, когда они занимаютъ область *зрительнаго бугра* или *полосатаго тѣла*. Въ этомъ отношеніи, Мм. Гг., говорятъ, что при пораженіи полосатаго тѣла, зрительнаго бугра или предстѣнія (avant-mur), всегда получается одинъ и тотъ же результатъ.

Прежде всего нужно сказать, что при внезапномъ развитіи пораженія, обусловливающаго апоплектическій припа-

---

[5]) Lebreton, — Des différentes variétés de la paralysie hystérique. Thèse de Paris, 1868.

докъ и ограничивающагося однимъ какимъ нибудь вышеозначеннымъ мѣстомъ, выдающимся симптомомъ является гемиплегія, которая выражается явственнѣе на верхней, чѣмъ на нижней конечности и сопровождается вялостью пораженнаго члена. На лицѣ параличемъ поражаются окружность рта и ланитныя мышцы; языкъ чаще всего перекошивается на парализованную сторону. Къ параличу движенія присоединяется параличь сосудо-двигательныхъ нервовъ, который выражается увеличеніемъ температуры парализованной конечности. Этотъ сосудодвигательный параличь иногда появляется съ самого начала.

Что же касается чувствительности, то она замѣтно не измѣняется; или, по крайней мѣрѣ, не измѣняется на *продолжительное* время. *Спеціальныя чувства* не представляютъ никакихъ важныхъ измѣненій, развѣ только при существованіи осложненій, какъ напримѣръ: *эмболіи центральной артеріи сѣтчатки* при послѣдовательномъ *размягченіи*, обусловливающимся переносомъ заслоночной вегетаціи, или же *прижатіемъ* одного изъ tractus optici, образовавшимся по сосѣдству, довольно значительнымъ *геморрагическимъ гнѣздомъ*. Вотъ вкратцѣ симптоматическій перечень, который встрѣчается въ огромномъ большинствѣ случаевъ кровоизліянія или размягченія, поражающаго указанныя нами мѣста головнаго мозга.

Безъ сомнѣнія, Мм. Гг., въ огромномъ большинствѣ случаевъ, это такимъ образомъ и происходитъ. Однако, нѣтъ правилъ безъ исключеній. Встрѣчаются случаи, которые я самъ неоднократно наблюдалъ, гдѣ главнымъ образомъ, поражается чувствительность, причемъ анестезія остается даже и послѣ возстановленія двигательной функціи.

Такія измѣненія чувствительности представляютъ слѣдующій характеръ. Анестезія поражаетъ одну половину тѣла и точно ограничивается срединною линіею; соотвѣтственная половина лица, кожа, а равно и слизистыя оболочки [6]) представляются точно также нечувствительными, какъ и при истерической геміанестезіи. Иногда при этомъ можно наблюдать *аналгезію* и *термоанастезію* при сохраненіи тактильной чувствительности (Ландуа и Мозлеръ) [7]). Наконецъ, въ очень рѣдкихъ случаяхъ, о которыхъ мы не

---

[6]) Hirsch,—Klinische Fragmente, I Abth., стр. 207. Koenigsberg, 1857.
[7]) Landois и Mosler, — Berliner Klin. Wochens., 1868, стр. 401.

имѣемъ еще достаточно точныхъ наблюденій, но которые тѣмъ не менѣе имѣютъ важное значеніе, представляется очень вѣроятнымъ, что при подобныхъ обстоятельствахъ встрѣчаются и измѣненія спеціальныхъ чувствъ на противуположной сторонѣ черепно-мозговаго пораженія, т. е. на одной и той же сторонѣ съ геміанестезіею.

Врачи послѣдняго столѣтія уже замѣчали подобные исключительные факты. Между прочимъ, Борсіери разсказываетъ исторію одного больнаго, у котораго, спустя три мѣсяца послѣ апоплектическаго удара, существовала еще анестезія, между тѣмъ какъ движеніе возстановилось. Онъ приводитъ и другія такія же наблюденія, заимствованныя имъ у различныхъ авторовъ [8]).

Аберкромби, Андраль и недавно Гиршъ, Лейбушеръ, Бродбентъ, Джаксонъ [9]), въ особенности же Л. Тюркъ, сообщаютъ подобные аналогическіе факты. Изъ нихъ одинъ только Тюркъ далъ точное понятіе о занимаемомъ мѣстѣ пораженія головнаго мозга въ этихъ случаяхъ.

Когда геміанестезія представляется съ такими признаками, то почти всегда происходитъ, если неисключительно, то, покрайней мѣрѣ, преобладающее пораженіе зрительнаго бугра (Broadbent, Г. Джаксонъ). Что же касается моихъ наблюденій, то у многихъ субъектовъ, пораженныхъ мозговымъ кровоизліяніемъ, я видѣлъ геміанестезію вмѣстѣ съ гемиплегіей, причемъ всегда находилъ при вскрытіи пораженіе зрительнаго бугра и существованіе этого пораженія я находилъ возможнымъ опредѣлять еще при жизни больного.

Изъ всего вышесказаннаго можно ли заключить, Мм. Гг., что пораженіе зрительнаго бугра, во всѣхъ этихъ случаяхъ, составляетъ настоящую органическую причину появленія гиміанестезіи? Вотъ вопросъ, который намъ слѣдуетъ разсмотрѣть поближе.

Такимъ образомъ, я приступаю къ изложенію той физіологической теоріи, которую можно назвать *англійскою теоріею*, такъ какъ два англійскіе авторы—Тоддъ и Карпентеръ, впервые, я полагаю, ее предложили и поддерживали. По этой теоріи зрительные бугры являются центромъ вос-

---

[8]) Borsieri, — Inst pract., т. III, стр. 76.

[9]) H. Jackson, — Note on the Functions of the optic Thalamus. Въ London Hospital Reports, 1866, т. III, стр. 373.

приниманія тактильныхъ ощущеній, они соотвѣтствуютъ, нѣкоторымъ образомъ заднимъ рогамъ сѣраго вещества спиннаго мозга. *Полосатыя же тѣла* принадлежатъ къ *двигательнымъ путямъ* и находятся въ связи съ отправленіями произвольныхъ движеній: они аналогичны переднимъ рогамъ спиннаго мозга.

Эта теорія, сторонникомъ которой объявилъ себя и Шредеръ фанъ деръ Колькъ [10]), является, такъ сказать, антиподомъ французской теоріи, полное изложеніе которой вы найдете въ *Лекціяхъ* Вульпіяна. По этой послѣдней теоріи, собственно большой мозгъ не составляетъ того центра, въ которомъ чувствительныя впечатлѣнія переходятъ въ ощущенія, такъ какъ у животныхъ съ вырѣзаннымъ мозгомъ, вмѣстѣ съ зрительными буграми и полосатыми тѣлами, сохраняется зрѣніе, слухъ, ощущеніе боли и т. п. А потому мѣстонахожденіе центра чувствительныхъ ощущеній должно быть ниже въ Вароліевомъ мосту, а можетъ быть, и въ мозговыхъ ножкахъ.

Въ области патологіи, слѣдуя этой гипотезѣ, даютъ должную оцѣнку такимъ точно доказаннымъ фактамъ, въ которыхъ пораженіе зрительнаго бугра совпадаетъ съ уменьшеніемъ или уничтоженіемъ чувствительности на сторонѣ, пораженной гэмиплегіею. Говорятъ, и это совершенно основательно, что часто при такихъ свѣжихъ пораженіяхъ, какъ: *внутри-черепное кровоизліяніе*, *размягченіе* или *опухоли*, происходитъ крайне сильное растяженіе зрительнаго бугра; а потому пораженія эти могутъ обусловливать прижатіе сосѣднихъ частей, напримѣръ—мозговыхъ ножекъ. Съ другой стороны, во многихъ случаяхъ доказано, что зрительный бугоръ можетъ быть пораженъ даже очень значительно и на большей части своего протяженія, не обусловливая никакого спеціальнаго растройства въ передачѣ чувствительныхъ впечатлѣній.

На послѣдній аргументъ, англійскіе авторы и въ числѣ ихъ Бродбентъ [11]), возражаютъ, что зрительный бугоръ, какъ предполагаемый центръ чувствительныхъ впечатлѣній, долженъ представлять сходство съ сѣрымъ осевымъ веществомъ спиннаго мозга. Это послѣднее, какъ извѣстно, про-

[10]) Schroeder van der Kolk,—Pathund Ther. des Geisteskrank Braunschurig 1863. стр. 20.

[11]) Broadbent,—Medical Society. London, 1865, и Med. chirurg. Review.

должаетъ передавать впечатлѣнія, даже подвергшись самымъ сильнымъ измѣненіямъ, лишь-бы только существовала хотя незначительная частица неизмѣненнаго сѣраго вещества, связывающаго нижній конецъ съ верхнимъ. Сознаюсь, что это сравненіе мнѣ кажется натянутымъ, въ особенности въ томъ отношеніи, если принимаютъ за основное положеніе, что зрительный бугоръ—центръ и сравниваютъ его съ сѣрымъ веществомъ спиннаго мозга, которое, очевидно, въ отношеніи передачи чувствительныхъ впечатлѣній, является только проводникомъ, а не центромъ.

Но какъ бы то ни было, вы видите, Мм. Гг., въ чемъ тутъ дѣло. По моему мнѣнію, этотъ спорный вопросъ можетъ быть разрѣшенъ положительнымъ образомъ только при помощи многочисленныхъ клиническихъ наблюденій, совмѣстно съ очень тщательными анатомическими изслѣдованіями, главнѣйшею цѣлью которыхъ должно быть весьма точное опредѣленіе того мѣста черепномозговыхъ пораженій, которыми обусловливаются констатированные при жизни симптомы. Сверхъ того, наблюденіе должно совершаться при такихъ обстоятельствахъ, чтобы вліяніе прижатія, или какого либо другаго по близости находящагося явленія, могло быть совершенно устранено. Но, Мм. Гг., при настоящемъ состояніи науки, факты, соединяющіе всѣ эти условія, на сколько мнѣ извѣстно, встрѣчаются чрезвычайно рѣдко. Однако можно привести, какъ подходящіе къ этому идеалу, случаи, представленные Тюркомъ въ Вѣнскую Академію Наукъ [12]) и на которые я вамъ уже указывалъ; ихъ четыре.

Въ этихъ фактахъ, сообщенныхъ Тюркомъ, дѣло идетъ или о застарѣлыхъ геморрагическихъ гнѣздахъ, оставившихъ послѣ себя желтоватые рубцы, или же о фокусахъ размягченія, достигшихъ состоянія ячеистой инфильтраціи. Во всѣхъ этихъ случаяхъ гемиплегія, обусловленная присутствіемъ гнѣздъ, давно уже изчезла, между тѣмъ какъ геміанестезія оставалась до самой смерти. Пораженныя измѣненіемъ мѣста головнаго мозга описаны очень тщательно.

Германская номенклатура различныхъ частей головнаго мозга, какъ она намъ ни антипатична по причи-

---

[11]) Sitzungsber. der kais. Academie der Wissenschaften zu Wien. 1859. Смотри разборъ этихъ фактовъ на страницѣ 275 и слѣдующихъ.

нѣ многочисленности и своеобразности терминовъ, имѣетъ однако, по моему мнѣнію, одно неоспоримое преимущество: это,—извините за сравненіе,—очень полная географія, въ которой малѣйшая извилина имѣетъ свое названіе. Французская же номенклатура, хотя и имѣетъ свое достоинство, въ томъ отношеніи, что она проще, однако упрощенность эта происходитъ иногда въ ущербъ абсолютной точности и часто представляется неполною. Между тѣмъ, при разрѣшеніи занимающихъ насъ вопросовъ, мы не должны пренебрегать малѣйшими подробностями. Необходимо, на сколько возможно, давать себѣ отчетъ во всѣхъ мелочахъ: такъ какъ въ настоящее время и при настоящихъ нашихъ свѣденіяхъ въ отношеніи физіологіи мозга, мы совершенно не знаемъ, не представляетъ ли данное *мѣсто* первостепеннаго значенія, не смотря на то, что оно, по своей незначительной величинѣ не имѣетъ даже названія въ французской номенклатурѣ.

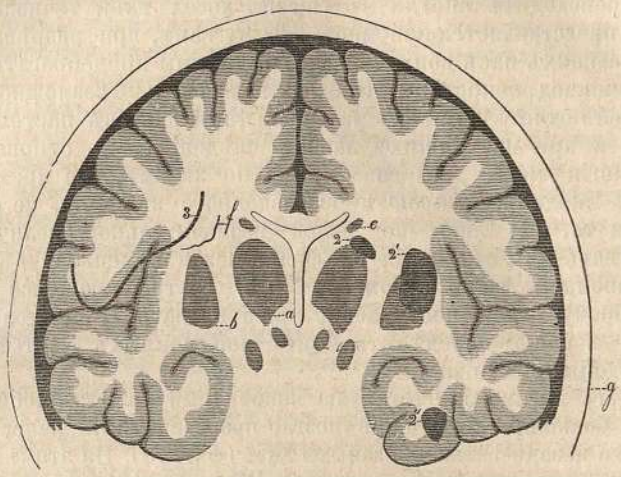
Напомнивъ вамъ о номенклатурѣ, употребляющейся по ту сторону Рейна, постараемся ріентироваться на столько, чтобы хорошо опредѣлять мѣсто пораженныхъ частей въ наблюденіяхъ Тюрка.

Здѣсь я вамъ представляю поперечный разрѣзъ лобныхъ долей большихъ полушарій мозга, произведенный непосредственно позади титькообразныхъ тѣлъ (фиг. 18). На этомъ разрѣзѣ вы узнаете *хвостовое ядро* (nucleus caudatus—внутри-желудочное ядро полосатаго тѣла), помѣщающееся непосредственновнѣ средней части желудочковъ и представляющее въ этой области только небольшую массу сѣраго вещества; подъ нимъ и кнутри *зрительный бугоръ*, который здѣсь значительно развитъ; снаружи зрительнаго бугра находится *внутренняя капсула*, образующаяся, главнымъ образомъ, ходами бѣлаго вещества, которые составляютъ продолженіе нижняго слоя мозговыхъ ножекъ и расходясь въ овальномъ центрѣ, участвуютъ въ образованіи согопае radiatae; далѣе кнаружи лежитъ *внѣжелудочное ядро полосатаго тѣла*, въ которомъ различаютъ три второстепенныя ядра, обозначаемыя номерами: 1, 2, 3; третьему изъ нихъ, помѣщающемуся наружнѣе остальныхъ, даютъ иногда названіе *putamen*. Еще дальше кнаружи находится тонкая пластинка бѣлаго вещества, называемая *наружной капсулой* и наконецъ, пластинка сѣраго—*предстѣніе* (Vormauer, avant-mur).

Такимъ образомъ, Мм. Гг., въ случаяхъ Тюрка, были поражены одновременно: верхняя и наружная часть зри-

тельнаго бугра, третье ядро внѣжелудочковой части полосатаго тѣла, верхняя часть внутренней капсулы, соотвѣтственная области лучистой короны (coronae radiatae) и бѣлое вещество, примыкающее къ задней долѣ.

Фиг. 18.



Фиг. 18. *Поперечный разрѣзъ мозга.*—a) зрительный бугоръ;—b) полосатое тѣло, чечевичное ядро—c) полосатое тѣло, хвостовое ядро;—f) означеніе coronae radiatae Reili;—2, 2′, 2″—апоплектическія гнѣзда (набл. II въ мемуарѣ Тюрка стр. 316);—3, означеніе апоплектическаго гнѣзда (Набл. III въ мемуарѣ Тюрка.—Смотр. прим. стр. 277).

Слѣдовательно, мы здѣсь имѣемъ дѣло съ сложными пораженіями, но тѣмъ не менѣе они, по крайней мѣрѣ, позволяютъ намъ ограничить ту область, въ которой должны происходить изысканія. Главное же измѣненіе, которое обусловливаетъ существованіе геміанестезіи, мы будемъ въ состояніи опредѣлить только при дальнѣйшихъ и достаточно многочисленымъ изслѣдованіяхъ.

Послѣ наблюденій Тюрка, было опубликовано нѣсколько другихъ фактовъ, относительно геміанестезіи, зависящей отъ церебральной причины. Описанныя въ нихъ измѣненія сосредоточиваются въ той же области головнаго мозга и полученные результаты ничего особеннаго не прибавляютъ

къ наблюденіямъ Тюрка. Таковъ, между прочимъ, случай Г. Джаксона [13]), въ которомъ измѣненіе тоже не ограничивалось зрительнымъ бугромъ, а распространялось на внѣжелудочное ядро полосатаго тѣла, а слѣдовательно и на заднюю часть внутренней капсулы. Тоже самое было наблюдалемо и и въ случаѣ Люиса [14]): здѣсь былъ пораженъ *срединный центръ* (le centre médian) зрительнаго бугра и измѣненіе распространялось на полосатое тѣло (вѣроятно на внѣжелудочвое ядро).

Я полагаю, что на основаніи всего вышесказаннаго, можно заключить, что въ большихъ полушаріяхъ мозга существуетъ извѣстная сложный отдѣлъ, пораженіе которой обусловливаетъ геміанестезію. Мы знаемъ даже приблизительныя границы этой области, но этимъ и ограничиваются наши свѣденія, относительно локализаціи болѣзни и никто не вправѣ сказать, что геміанестезія должна зависѣть скорѣе отъ пораженія зрительнаго бугорка въ этой области, чѣмъ внутренней капсулы, овальнаго центра или же третьяго ядра полосатаго тѣла.

До настоящаго времени была описываема, кажется, одна только анестезія общей чувствительности, какъ послѣдствіе измѣненій мозговыхъ полушарій, такъ что *пораженіе спеціальныхъ чувствъ* составляло бы важный признакъ геміанестезіи истерическихъ субъектовъ. Но позволительно сомнѣваться, чтобы органы чувствъ, въ опубликованныхъ по настоящее время случаяхъ геміанестезіи, зависящей отъ церебральнаго пораженія, были внимательно изслѣдованы; въ этомъ отношеніи, по крайней мѣрѣ, ничего не упоминается въ наблюденіяхъ [15]). Я думаю, что со време-

---

[13]) The disease was not strictly limited to the thalamus... Outwards the disease extended through the small tongue of corpus striatum, which curves round the outside of the thalamus, and thence up to the grey matter of the circumvolutions of the Sylvian fissure. (London, Hospital Reports, loc. cit. т. III. стр. 376

[14]) Luys,—Iconographie photographique des centres nerveux, стр. 16.

[15]) Во время изложенія этихъ лекцій, намъ извѣстны были наблюденія Л. Тюрка только изъ очень краткаго описанія, сдѣланнаго докторомъ Розенталемъ въ *Traité des maladies du système nerveux*. Съ тѣхъ поръ, благодаря обязательности Маньяна, мы получили полный переводъ статьи Тюрка (*Ueber die Beziechung gewisser Krankheitsherde des grossen Gehirnes zur Anesthesie.* Aus dem XXXVI Band S. 191 des Jahrganges 1859 des Sitzungsberichte der mathem. naturw. Klasse der Kais. Akademie der Wissenschaften). Мы считаемъ полезнымъ представить сущность этой

немъ, при болѣе тщательномъ изслѣдованіи, будетъ положительно доказано въ подобныхъ случаяхъ участіе спеціальныхъ чувствъ. И вотъ на чемъ я основываюсь.

Въ припадкахъ органическихъ болѣзней нервныхъ центровъ существуетъ, по крайней мѣрѣ, по моему мнѣнію, мало извѣстный и еще мало изслѣдованный симптоматическій аппаратъ, о которомъ я буду еще имѣть случай говорить

работы. Авторъ, напомнивъ сперва, что обыкновенно при гемиплегіи, зависящей отъ образованія въ мозгу апоплектическаго гнѣзда (кровоизліянія и размягченія), чувствительность, вообще, возвращается очень быстро, сообщаетъ четыре случая, въ которыхъ, на оборотъ, анестезія въ значительной степени оставалась довольно долго.

Случай I.—Фр. Амерзо, 78 лѣтъ. Въ августѣ, 1858—гемиплегія лѣвой половины тѣла. Движеніе вскорѣ возстановилось.—19 ноября. Движенія лѣвой верхней конечности энергичны и быстры; соотвѣтственная же нижняя конечность представляетъ легкій парезъ. Очень сильная анестезія на лѣвой сторонѣ (конечностяхъ, туловищѣ и проч.). Чувствительность лица на той же сторонѣ уменьшена. По временамъ, чувство ползанія мурашекъ въ лѣвой половинѣ тѣла. Смерть наступила 1 марта, 1859.

Вскрытіе. У основанія лучистойкороны (pes corpinae radiatae) праваго полушарія, непосредственно снаружи хвоста полосатаго тѣла, найдена полость, величиною въ горошину (*ячеистая инфильтрація*). Передняя стѣнка этой полости находилась на разстояніи двухъ линій позади передняго конца зрительнаго бугра. Въ разстояніи двухъ или трехъ линій дальше найдена другая, меньшая полость, которая распространялась на четыре или пять линій кзади задняго конца зрительнаго бугра, такъ что, принимая обыкновенную длину зрительнаго бугорка въ 18 линій, часть corpinae radiatae, непосредственно примыкающая къ хвосту полосатаго тѣла, перфорирована спереди назадъ, старымъ фокусомъ размягченія, на пространствѣ одинадцати линій. Другой подобный фокусъ находился въ наружной части третьей части чечевичнаго ядра. Онъ начинался почти въ двухъ линіяхъ назади передняго края зрительнаго бугорка и оканчивался въ разстояніи около четырехъ линій отъ задняго конца того же бугра. На своемъ длинномъ пути въ одинъ дюймъ, онъ занималъ самую большую длину внутренняго края третьей части чечевичнаго ядра и часть внутренней капсулы. Эти два фокуса, въ задней половинѣ своего протяженія, находились въ одномъ пунктѣ, только въ разстояніи одной линіи другъ отъ друга. А потому, въ этомъ мѣстѣ, почти вся corpina radiata была отдѣлена отъ внутренней капсулы и зрительнаго бугра. — *Спинной мозгъ:* довольно обильное накопленіе зернистыхъ тѣлецъ въ лѣвомъ боковомъ канатикѣ и мѣньшее въ переднемъ.

Случай II.—С. Жанъ, 55 лѣтъ. 25 октября, 1851 г. апоплектическій припадокъ съ послѣдующею гемиплегіею. Спустя два мѣсяца, параличъ конечностей исчезъ на столько, что больной былъ въ состояніи вытягивать плечо, сжимать руку довольно сильно и ходить безъ опоры, но прихрамывая.—*Октябрь.* 1855. Со времени апоплексіи—анестезія конечностей лѣвой стороны (равнымъ образомъ анестезированы лице и туловище, хотя въ меньшей степени). Движеніе возстановилось; однако лѣвая сторона слабѣе правой. Смерть послѣдовала 31 Октября, 1858 г.

съ вами подробно. Мы встрѣчаемъ своеобразныя, часто довольно сильныя ритмическія судороги, которыя занимаютъ одну половину тѣла, не исключая лица и имѣютъ видъ или клоническихъ вздрагиваній, какъ при хорећ, или походятъ на дрожаніе, бывающее при дрожательномъ параличѣ. Это одностороннее дрожаніе появляется иногда первично; въ другихъ случаяхъ, оно наступаетъ вслѣдъ

Вскрытіе. Старый плоскій рубецъ, имѣвшій около 5 линій ширины и 8 длины; онъ помѣщался въ верхней и наружной части праваго зрительнаго бугра. Рубецъ начинался въ разстояніи $4^1/_2$ линій позади лѣваго передняго конца зрительнаго бугра, а оканчивался дальше—на разстояніи 8 линій. Параллельно этому рубцу замѣчался другой, длиною въ одинъ дюймъ и занимавшій третью часть чечевичнаго ядра; онъ начинался въ разстояніи двухъ линій позади передняго конца зрительнаго бугорка и оканчивался почти въ разстояніи трехъ линій впереди задняго конца того же бугра (Фиг. 18, 2 и 2). Кромѣ того, была найдена одна полость въ нижней правой долѣ (Фиг. 18, 2″), другая въ передней долѣ той же стороны, двѣ полости, величиною въ булавочную головку, въ передней части праваго зрительнаго бугорка, двѣ въ Варольевомъ мосту; наконецъ, одна въ правой верхней части лѣваго полушаріямозжечка. Послѣдовательныхъ перерожденій спиннаго мозга не замѣчено.

Случай III.—Фр. Гасвелка, 22 лѣтъ. *1-го ноября*; 1852. Апоплектическій припадокъ; гемиплегія правой стороны съ сильною анестезіею соотвѣтствующей половины тѣла. Двигательный параличъ уменьшился въ концѣ пятой недѣли.—*3-го февраля*, 1853. Движенія на правой сторонѣ совершенно свободны. Очень явственная анестезія всей правой половины тѣла (кожа волосистой части головы, ухо и лицо). Анестезія также явственно замѣчалась на вѣкахъ, ноздрѣ, на правой половинѣ губъ и не только снаружи, но и на внутренней ихъ поверхности. Правая соединительная оболочка глаза менѣе чувствительна, чѣмъ лѣвая. Щекотаніе въ правой ноздрѣ чувствовалось слабѣе, чѣмъ въ лѣвой. Таже разница замѣчалась и въ наружныхъ слуховыхъ проходахъ. Ощущеніе тепла въ правой половинѣ рта менѣе сильно, чѣмъ въ лѣвой (языкъ, нёбо, дёсны, щеки). На верхушкѣ языка, съ правой стороны, на протяженіи одного дюйма, больной не чувствуетъ *вкуса* соли. Тоже самое замѣчается на спинкѣ и у корня языка той же стороны. Обоняніе съ правой стороны ослаблено и зрѣніе неясно. Отъ приближенія свѣта къ глазамъ, съ цѣлью вызвать сокращеніе зрачковъ, правый зрачекъ вслѣдъ затѣмъ расширяется больше лѣваго. *Слухъ* нормальный съ обѣихъ сторонъ.—*26-го февраля*. Анестезія уменьшилась; движенія сдѣлались энергичнѣе.—*15-го марта*. Временное улучшеніе зрѣнія: оба глаза видятъ одинаково.—*3-го апрѣля*. Анестезія все еще существуетъ во всей правой половинѣ тѣла (дотрогиваніе, щипаніе). Ослабленіе зрѣнія въ правомъ глазу.—Смерть—4-го апрѣля.

Вскрытіе. Въ бѣломъ веществѣ лѣвой верхней доли найдено размягченное гнѣздо, длиною въ два и шириною въ одинъ дюймъ. Оно углублялось въ нижнихъ извилинахъ orerculi и достигало поверхности мозга. Задняя его часть соотвѣтствовала зрительному бугру, а передняя—значительно переходила за предѣлы этого бугра. Это гнѣздо въ самой широкой

за внезапно обнаружившеюся гемиплегіей и въ этомъ послѣднемъ случаѣ оно обнаруживается въ то время, когда двигательный параличъ начинаетъ улучшаться. Пораженіе заключается или въ присутствіи геморрагическаго гнѣзда или размягченія, или въ опухоли. Во всѣхъ подобныхъ случаяхъ, которые я до сихъ поръ наблюдалъ и въ собранныхъ мною аналогичныхъ фактахъ другихъ авторовъ, пораженіе это занимало заднюю область зрительнаго бугра и прилежащія части мозговаго полушарія, расположенныя кнаружи отъ того же бугра.

своей части отдѣлялось только на разстояніи трехъ линій отъ хвоста полосатаго тѣла. Помѣщавшіяся подъ нимъ мозговыя извилины представлялись на протяженіи величиною въ одинъ гульденъ, желтыми, размягченными и сдавленными (Фиг. 18, 3). Зрительный бугоръ не пораженъ. Можетъ быть, незначительная частица третьей части чечевичнаго ядра была поражена. Гнѣздо разрушило довольно значительное пространство бѣлаго вещества и двѣ трети наружной части pedis corpnae radiatae.—*Спинной мозгъ*: небольшое скопленіе зеренъ въ самой задней части боковаго канатика.

Случай IV.—Анна Б., пожилая женщина, умерла 22 февраля. Она была одержима много лѣтъ гемиплегіею правой стороны и сильною анестезіею той же половины тѣла. Кромѣ того, анестезія чувствъ (зрѣнія, запаха, вкуса) на той же сторонѣ и ощущеніе ползающихъ мурашекъ.

Вскрытіе. Старое, пигментированное въ темный цвѣтъ апоплектическое гнѣздо, помѣщавшееся по длинѣ наружной части лѣваго зрительнаго бугра и вблизи хвоста полосатаго тѣла. Оно начиналось въ разстояніи шести линій позади передняго конца зрительнаго бугра и оканчивалось въ двухъ или трехъ линіяхъ впереди задняго конца того же бугра. Кпереди оно находилось на полъ линіи, а кзади на двѣ или три линіи надъ верхнею поверхностью зрительнаго бугра, который на этомъ уровнѣ представляетъ значительное углубленіе. Это гнѣздо, имѣя одинъ дюймъ длины и четыре линіи глубины, занимало значительное протяженіе задней части лучеобразнаго распространенія мозговой ножки, часть внутренней капсулы, а, можетъ быть, также и часть чечевичнаго ядра.—*Спинной мозгъ*: скопленіе зернистыхъ тѣлецъ въ задней части праваго боковаго канатика.

Вообще говоря, гнѣзда помѣщались въ наружной периферіи зрительныхъ бугровъ, распространялись спереди назадъ, по направленію продольной оси мозга и чаще всего не достигали концовъ зрительнаго бугра. Длина ихъ была отъ восьми линій до одного дюйма, а въ бѣломъ веществѣ достигала двухъ дюймовъ. Пораженіе занимало слѣдующія области: верхнюю и наружную части зрительнаго бугра; третью часть чечевичнаго ядрышка; заднюю часть внутренней капсулы, заключающуюся между зрительнымъ бугромъ и чечевицею, соотвѣтствующую и противулежащую часть бѣлаго вещества верхней доли. Нѣкоторыя изъ этихъ областей были поражены всегда одновременно. Волокна, выходящія изъ бѣлаго вещества полушарія и направляющіяся къ наружной части зрительнаго бугра, были постоянно поражены.

И такъ, геміанестезія составляетъ довольно обыкновенное, но отнюдь не постоянное осложненіе этой группы симптомовъ и помѣщается на одной и той же сторонѣ съ дрожаніемъ [16]).

Она существовала въ сильной степени у одного субъекта, котораго исторію недавно сообщилъ Маньянъ въ *Біологическомъ Обществѣ*; причемъ дрожательная форма, о которой я вамъ представилъ только краткое понятіе, обнаруживалась очень явственно. Все заставляетъ предполагать — я не могу утверждать болѣе положительнымъ образомъ, ибо не было произведено вскрытія, что мозговое пораженіе у этого человѣка занимало тоже мѣсто, какъ и у наблюдаемыхъ мною больныхъ. Маньянъ доказалъ самымъ положительнымъ образомъ, что въ этомъ случаѣ не только одна осязательная чувствительность была поражена, но и спеціальныя чувства, подобно тому, какъ это бываетъ при истерической геміанестезіи. На сторонѣ, пораженной геміанестезіей, въ глазу, была амбліопія; обоняніе было потеряно и вкусовое ощущеніе совершенно уничтожено.

Отсюда представляется весьма вѣроятнымъ, если я не ошибаюсь, что полная геміанестезія, съ разстройствомъ спеціальныхъ чувствъ, а слѣдовательно такая, какая появляется при истерикѣ, можетъ обусловливаться, въ извѣстныхъ случаяхъ, ограниченнымъ пораженіемъ мозговыхъ полушарій [17]).

---

[16]) Смотри лекцію Шарко въ *Progrès medical* отъ 23-го января и 6-го февраля 1875, о *Hémichorée posthémiplegique* (Примѣчаніе ко 2-му изданію).

[17]) Воззрѣнія, изложенныя въ этой лекціи, относительно геміанестезіи, зависящей отъ мозговой причины, подтверждаются еще новымъ клиническимъ случаемъ, находящимся въ отдѣленіи Шарко (*Progrès médical*, 1873, стр. 244) и экспериментальными фактами на животныхъ, при опытахъ Вессьера (*Recherches cliniques et expérimentales sur l'hémianesthésie de cause cérébrale*. Paris, 1874.—Въ этой работѣ помѣщены также очень интересныя клиническія наблюденія. (Примѣчаніе ко 2-му изданію).

ЛЕКЦІЯ ОДИНАДЦАТАЯ.

ОБЪ ЯИЧНИКОВОЙ ГИПЕРЕСТЕЗІИ.

Содержаніе.—Мѣстная гистерія англійскихъ авторовъ.—Яичниковая боль; ея частота; историческій обзоръ.—Мнѣніе Брике.

Признаки яичниковой гиперестезіи.—Ея настоящее мѣсто.—Истерическая aura; первый фазисъ; globus hystericus или второй фазисъ; мозговыя явленія или третій фазисъ.—Исходною точкою перваго фазиса представляется яичникъ.—Пораженія яичника; дезитераты.

Отношеніе между яичниковою гиперестезіею и другими припадками мѣстной истерики.

О прижатіи яичниковъ.—Его вліяніе на приступы.—Способъ его примѣненія.—Прижатіе яичниковъ уже давно извѣстно, какъ средство, останавливающее или предупреждающее истерическія судороги.—Эпидемія Saint Médard: пособія. — Аналогія, существующая между остановкою истерическихъ судорогъ прижатіемъ яичника и остановкою эпилептической ауры, посредствомъ лигатуры конечности.

Заключенія относительно терапіи.—Клиническія наблюденія.

Мм. Гг.

Подъ довольно удачнымъ и очень практичнымъ именемъ *мѣстной* или частной *истерики*, англійскіе врачи привыкли опредѣлять большую часть такихъ припадковъ, которые остаются, болѣе или менѣе постоянно, у истерическихъ особъ, въ промежуткахъ между судорожными приступами и которые, вслѣдствіе особеннаго характера, представляемаго этими припадками, почти всегда позволяютъ

распознать значеніе тяжкаго невроза, даже и при отсутствіи судорогъ.

Согласно этому опредѣленію къ мѣстной истерикѣ принадлежатъ: *геміанестезія, контрактура и постоянные болѣзненные пункты*, находящіеся въ различныхъ частяхъ тѣла (рахіальгія, плевральгія, clavus hystericus).

I.

Въ числѣ этихъ симптомовъ есть одинъ, на который, мнѣ кажется, необходимо обратить особенное ваше вниманіе: такъ какъ при клиническомъ изслѣдованіи извѣстныхъ формъ истерики, онъ играетъ, по моему мнѣнію, преобладающую роль. Я говорю здѣсь о той боли, которая открывается въ одной изъ сторонъ живота, въ особенности въ лѣвой, но которая можетъ также занимать обѣ стороны *до крайнихъ границъ подчревной области*. Это та *яичниковая боль*, о которой я вамъ упоминалъ въ послѣдней лекціи. Однако, я не хочу безусловно употреблять это названіе и постараюсь прежде доказать вамъ ту гипотезу, сущность которой опредѣляется имъ. Надѣюсь, что эта задача будетъ для меня легкою.

Боль эту вы сейчасъ, такъ сказать, прощупаете пальцами; я познакомлю васъ со всѣми ея признаками, представляя вамъ пять больныхъ, которыя, въ настоящее время, составляютъ почти весь матерьялъ истерическихъ субъектовъ изъ числа 160 больныхъ, находящихся въ отдѣленіи этой больницы, предназначенномъ для женщинъ неизлечимыхъ, одержимыхъ судорогами и не имѣющихъ умопомѣшательства.

II.

Уже изъ этого краткаго указанія вы видите, что подвздошная боль часто встрѣчается при истерикѣ; фактъ этотъ давно уже признанъ большинствомъ наблюдателей.

Достаточно напомнить, что уже гораздо раньше нашего времени, Лорри и Пюжоль въ особенности указывали на

существованіе подвздошныхъ и брюшныхъ болей у истерическихъ субъектовъ.

Послѣ этого кажется страннымъ, что Броди, который, можетъ быть, первый призналъ клиническую важность въ изученіи мѣстной гистеріи, не излагаетъ подробно брюшной боли [1]).

Практическій смыслъ англійскихъ хирурговъ былъ привлеченъ тѣми клиническими трудностями, которыя представляютъ симптомы мѣстной истерики. Ски, который въ этомъ отношеніи былъ послѣдователемъ Броди, въ цѣлой серіи очень интересныхъ лекцій—*о мѣстныхъ или*, какъ онъ ихъ называетъ, *хирургическихъ формахъ истерики* [2]), пространно описалъ, очень обыкновенную, по его мнѣнію, подвздошную боль или боль *яичниковой области*, которая, какъ онъ говоритъ, встрѣчается въ особенности въ правой сторонѣ, что на самомъ дѣлѣ происходитъ на оборотъ.

Вамъ извѣстно, что во Франціи спеціально занимались этимъ симптомомъ:—Шутценбергеръ, Піорри и Негріе и безъ всякаго колебанія относили его къ ненормальной чувствительности яичника.

Въ Германіи—Ромбергъ, въ этомъ отношеніи, былъ послѣдователемъ Шутценбергера. Но прежде всего нужно замѣтить, что между нашими современниками большинство нѣмецкихъ авторовъ почти совершенно умалчиваетъ о подвздошной боли, какъ напримѣръ: Гассе и Валентинеръ. Ясно, что симптомъ этотъ, пользуясь сперва нѣкоторою благосклонностью, вслѣдствіе, безъ сомнѣнія, связанныхъ съ нимъ теоретическихъ соображеній, въ настоящее время, такъ сказать, вышелъ изъ моды.

Вы видите, что симптомы также имѣютъ свою судьбу: *habent sua fata*... Впрочемъ неудивительно, если бы книга Брике оказала должное и значительное вліяніе на такой результатъ. А потому теперь необходимо разсмотрѣть, на сколько мы должны слѣдовать за этимъ знаменитымъ авторомъ на томъ пути, который онъ намъ предначерталъ.

---

[1]) Brodie.—Lecture illustrative of certain local nervous Affections, 1837.
[2]) F. E. Skey.—Hysteria,.... Local or surgical forms of hysteria, etc., six lectures etc., London. 1870.

III.

Брике не только признавалъ очень частое существованіе постоянныхъ брюшныхъ болей у истерическихъ субъектовъ, онъ даже придумалъ особенное слово для ихъ опредѣленія—coelialgie, отъ κοίλος—животъ; одного слова, конечно мало, но оно означаетъ уже нѣчто, устанавливающее понятіе. Изъ 430 стучаевъ истерики, въ 200 Брике встрѣчалъ целіалгію. Однако нужно вамъ замѣтить, что подъ этимъ именемъ онъ безразлично подразумѣваетъ боли верхней части живота—а также подчревныя и подвздошныя; однако извѣстно, что послѣднія считаются въ числѣ самыхъ обыкновенныхъ.

На первый взглядъ можно подумать, что между Брике и его предшественниками существуетъ только кажущееся разногласіе; но между тѣмъ цѣлая бездна раздѣляетъ. ихъ

По мнѣнію Шутценбергера, Піорри и Негріе, главное мѣсто подвздошной боли, такъ сказать, ея фокусъ; помѣщается въ яичникѣ; между тѣмъ какъ Брике видитъ въ ней только простую мышечную боль—*истерическую міодинію*. По его мнѣнію, во 1-хъ, боль пирамидальной мышцы или нижняго окончанія прямой несправедливо принимали за *маточную* боль; во 2-хъ, боль нижняго конца косой мышцы относилась къ мнимой *яичниковой боли* — вотъ положенія Брике.

IV.

Разсмотримъ теперь, Мм. Гг., на чемъ основаны эти положенія. Но для этого мнѣ необходимо сослаться на тѣ наблюденія, которыя я могъ собрать, въ значительномъ количествѣ, въ этой больницѣ. А потому я опишу эту боль такъ, какъ я изучилъ.

1) Иногда боль эта бываетъ сильною и даже очень сильною, больныя не переносятъ малѣйшаго прикосновенія, тяжести одѣяла и проч.; онѣ внезапно, инстинтивнымъ движеніемъ отталкиваютъ палецъ изслѣдователя. Если къ этому вы присоедините вздутіе живота, въ извѣстной

степени, то вамъ представится клиническая картина *ложнаго перетонита—spurious peritonitis*, какъ его называютъ англійскіе врачи. Очевидно, что здѣсь принимаютъ участіе мышцы и даже самая кожа. Поверхность, занимаемая болью, имѣетъ довольно значительное протяженіе и локализація боли опредѣляется съ трудомъ. Однако Тоддъ [3]) замѣчалъ, въ извѣстныхъ случаяхъ, ограниченную кожную гиперестезію въ видѣ кругловатаго мѣста кожи, имѣющаго 2—3 дюйма въ діаметрѣ и я неоднократно убѣдился въ вѣрности этого замѣчанія. Такая гиперестезія помѣщалась частью въ подчревной, частью въ подвздошной ямкѣ и по мнѣнію того же автора, соотвѣтствовала яичниковой области.

2) Въ другихъ случаяхъ боль не проявляется самостоятельно и нужно ее отыскивать посредствомъ давленія. Въ подобныхъ обстоятельствахъ замѣчаются слѣдующія явленія: а) *кожа* вездѣ анестезирована; б) если *мышцы* не напряжены, то ихъ можно щипать и приподнимать безъ боли; в) это первое изслѣдованіе показываетъ, что мѣсто боли находится не въ кожѣ и не въ мышцахъ, а потому необходимо дальше продолжать изслѣдованіе и проникая, такъ сказать, глубже въ животъ, открываютъ настоящій болѣзненный фокусъ.

Эта манипуляція позволяетъ убѣдиться въ томъ, что мѣсто разсматриваемой нами боли почти постоянное и что оно почти всегда одно и тоже; а потому нерѣдко случается, что сами больныя очень точно ее опредѣляютъ. Если къ горизонтальной линіи, соединяющей передне-верхнія подвздошныя ости, провести перпендикулярныя линіи, ограничивающія съ боковыхъ сторонъ надчревную область, то въ точкѣ пересѣченія этихъ линій будетъ находиться болѣзненный фокусъ, на который жалуются больныя и который явственно опредѣляется при давленіи пальцемъ.

При глубокомъ изслѣдованіи этой области легко распознается часть верхняго тазоваго отверстія, описывающаго кривую линію съ вогнутостью внутрь; здѣсь помѣщается замѣченный пунктъ. Около средины этого плотнаго гребешка, рука очень часто встрѣчаетъ овальное, поперечно продолговатое тѣло, которое, при прижатіи къ костнымъ стѣнкамъ, скользитъ подъ пальцами. При опуханіи этого тѣла,

---

[3]) Todd,—Clinical Lect. nervous System. Lect. XX, стр. 448, London, 1856.

объемъ его можетъ походить на оливку или небольшое яйцо; но при нѣкоторомъ навыкѣ, присутствіе его легко опредѣляется даже и тогда, когда величина его далеко не достигаетъ этихъ размѣровъ.

Боль вызывается преимущественно во время этого изслѣдованія и она проявляется съ отличительными, такъ сказать, *специфическими* признаками. Боль эта бываетъ не обыкновенная, ибо она представляетъ сложное ощущеніе, сопровождающееся вполнѣ или только отчасти явленіями *aurae hystericae*, подобно тому, какъ эти явленія сами по себѣ появляются при приближеніи припадковъ. Это вызванное ощущеніе больныя признаютъ за тоже самое, которое онѣ въ сто разъ уже ощущали.

Вообще же, Мм. Гг., опредѣляя первоначальный фокусъ aurae, мы въ тоже время вызываемъ лучеобразное распространеніе болей по направленію къ надчревной области (*первый фазисъ* ауры, по выраженію Піорри), осложняющихся иногда тошнотою и рвотою; затѣмъ, если давленіе продолжается, то вскорѣ наступаетъ нервное сердцебіеніе съ крайне учащеннымъ пульсомъ и наконецъ, въ горлѣ появляется ощущеніе globi hysterici (*второй фазисъ*).

На этомъ пунктѣ прекращается описаніе авторами восходящихъ иррадіацій, составляющихъ aurам hystericam. Но, по моимъ наблюденіемъ, такимъ образомъ ограниченный перечень ощущеній представляется неполнымъ: ибо чаще всего, при внимательномъ анализѣ, можно открыть такія мозговыя разстройства, которыя очевидно составляютъ продолженіе того же ряда явленій. При давленіи, напримѣръ, на лѣвый яичникъ, у больныхъ наступаетъ сильный свистъ, появляющійся въ лѣвомъ ухѣ, который больныя сравниваютъ съ рѣзкимъ звукомъ, производимымъ свисткомъ локомотива, съ ощущеніемъ ударовъ молотка въ лѣвую височную область, наконецъ, помутнѣніе зрѣнія, въ особенности замѣчаемое въ лѣвомъ глазу.

Тѣже явленія появляются въ соотвѣтственныхъ частяхъ правой стороны въ тѣхъ случаяхъ, когда изслѣдованіе производится надъ правымъ яичникомъ.

Дальнѣйшія изслѣдованія не могутъ быть производимы, ибо когда явленія достигли уже такой степени, сознаніе глубоко нарушается и въ этомъ положеніи больныя уже болѣе неспособны къ передачѣ тѣхъ ощущеній, которыя онѣ испытываютъ; сверхъ этого, при незначительномъ про-

долженіи изслѣдованія, вскорѣ появляется судорожный приступъ.

Кромѣ явленій, составляющихъ послѣдній фазисъ aurae hystericae (*мозговыхъ явленій*), я долженъ вамъ еще напомнить о цѣломъ рядѣ другихъ, полученныхъ при опытѣ Шутценбергера и мы должны признать вмѣстѣ съ этимъ знаменитымъ наблюдателемъ, что прижатіе въ сторонѣ яичниковой области производитъ искусственно рядъ тѣхъ симптомовъ, которые самостоятельно появляются у больныхъ, впродолженіи естественнаго хода болѣзни.

Я знаю, что по Брике, aura hysterica начинается, въ большинствѣ случаевъ, появленіемъ надчревнаго *фазиса* (nodus epig.); мнѣ также извѣстно, что, въ подтвержденіе своего мнѣнія, этотъ авторъ приводитъ очень внушительныя цыфры. Но не всегда можно согласиться съ цыфрами и мы вправѣ спросить Брике, что отнесшись довольно строго къ *ovaristamъ*,—не увлекся ли онъ, въ свою очередь, другими соображеніями, вслѣдствіе которыхъ и пропустилъ внести первоначальную подздошную боль въ число первичныхъ явленій aurae?

Судя по моимъ собственнымъ наблюденіямъ, *подвздошный симптомъ*, при развитіи aurae, всегда предшествуетъ надчревному симптому, хотя бы и на очень незначительное время, а слѣдовательно, онъ составляетъ первое звѣно въ этой цѣпи явленій.

V.

Мнѣ остается доказать, что этотъ особенный пунктъ, въ которомъ ощущается подвздошная боль истерическими женщинами, соотвѣтствуетъ положенію яичника; этимъ самымъ я опредѣлю, если не абсолютно, то съ большою вѣроятностью, что овальное, болящее тѣло, изъ котораго распространяется самопроизвольная или вызванная aura hysterica, есть яичникъ.

Вообще, по крайней мѣрѣ, по моему мнѣнію, многіе имѣютъ не совсѣмъ точное понятіе о настоящемъ мѣстѣ, занимаемомъ при жизни яичникомъ. Когда при вскрытіи брюшной полости и послѣ поднятія кишокъ, находятъ въ маломъ тазу, позади матки и впереди прямой кишки, маточныя связки и смежныя части вялыми, дряблыми, какъ бы съеженными, то очевидно, что такое ихъ состояніе не соотвѣтствуетъ жизнен-

нымъ условіямъ; ясно, что послѣ смерти, роль артеріальныхъ сплетеній въ Фалопіевыхъ трубкахъ и яичникахъ, обиліе сосудовъ въ которыхъ и эректильныя свойства ихъ были ясно доказаны моимъ другомъ, профессоромъ Руже (изъ Монтпелье), давно уже прекратилась. Съ другой стороны, необходимо помнить, что вскрытіе брюшной полости, по всей вѣроятности, измѣняетъ дѣйствительное положеніе придаточныхъ маточныхъ органовъ. Это тѣмъ болѣе справедливо, что на замороженныхъ трупахъ [4]), яичники находятся не такъ низко и напоминаютъ, въ извѣстной степени, то положеніе ихъ, которое обыкновенно находятъ у новорожденныхъ. На этомъ разрѣзѣ, изъ атласа Лежандра, который сдѣланъ на трупѣ 20-лѣтней женщины, въ лежащемъ положеніи, перпендикулярномъ длинѣ тѣла и проходящимъ на 2 сантиметра выше лоннаго соединенія, вы видите только одинъ яичникъ перерѣзаннымъ, между тѣмъ какъ другой остался выше, надъ поверхностью разрѣза. Слѣдовательно, у взрослой женщины яичники помѣщаются на уровнѣ и даже нѣсколько выше верхняго тазоваго отверстія и вмѣстѣ съ Фалопіевыми трубами направлены въ сторону подвздошныхъ впадинъ. Такой результатъ, во всѣхъ отношеніяхъ, согласуется съ результатомъ, добытымъ при жизни ощупываніемъ. Къ этому я еще прибавлю, что если на трупѣ, лежащемъ на секціонномъ столѣ, вкалывать длинную иглу по направленію спереди назадъ и сверху внизъ, на уровнѣ, соотвѣтствующемъ тому мѣсту, въ которомъ наши истерическія больныя чувствуютъ подвздошную боль, то съ большою вѣроятностью, какъ я въ этомъ неоднократно убѣдился, яичникъ будетъ проколотъ.

Такое положеніе яичниковъ, повидимому, признаетъ и докторъ Шеро въ своемъ превосходномъ сочиненіи, подъ заглавіемъ: Etudes sur les maladies de l'ovaire [5]); такъ какъ онъ говоритъ, что у женщинъ, у которыхъ брюшныя стѣнки не слишкомъ напряжены, можно распознать припуханіе или даже чувствительность яичника. Введеніе пальца per rectum, по мнѣнію этого автора, составляетъ лучшій способъ изслѣдованія только въ тѣхъ случаяхъ, когда брюшная стѣнка представляетъ непреодолимое препятствіе къ прощупыванію.

---

[4]) E. Q. Legendre,—Anatomie chirurgicale homolographique, etc., pl. X. Paris, 1858.

[5]) Paris, 1841.

Я полагаю, Мм. Гг., что послѣ всѣхъ этихъ объясненій, представленныхъ вамъ, можно заключить, что *постоянную подвздошную боль истерическихъ женщинъ* необходимо отнести *только къ яичнику*. Въ извѣстное же время и въ особенно сильныхъ случаяхъ, боль эта, посредствомъ извѣстнаго механизма, о которомъ я еще вамъ не говорилъ, распространяется на мышцы и даже на самую кожу и такимъ образомъ соотвѣтствуетъ описанію Брике; но повторяю еще разъ, описаніе, ограничивающееся такими наружными явленіями, представлялось бы неполнымъ и истинный болѣзненный фокусъ оставался бы не узнаннымъ.

VI.

Теперь кстати разсмотрѣть,—какимъ анатомическимъ измѣненіямъ подвергается яичникъ въ томъ случаѣ, когда въ немъ появляется подвздошная боль у истеричестихъ женщинъ. Къ несчастію, при настоящемъ состояніи нашихъ свѣденій, мы можемъ представить вамъ въ этомъ отношеніи только довольно неопредѣленныя объясненія. Иногда существуетъ болѣе или менѣе явственное припуханіе этого органа, какъ это сообщено въ статьѣ Шутценбергера—въ одномъ случаѣ бленнорагическаго воспаленія яичника. Но это составляетъ скорѣе только исключеніе: ибо необходимо замѣтить, что обыкновенное воспаленіе яичника можетъ существовать, со всѣми своими признаками, не производя вышеописанныхъ *иррадіацій*, ни самопроизвольно, ни подъ вліяніемъ вызывающихъ условій. Брике не преминулъ указать на это обстоятельство и на этотъ разъ онъ былъ совершенно правъ. А потому необходимо признать, что не всякое безразлично *воспаленіе яичника* способно вызвать развитіе aurae hystericae. Припуханія яичника у истерическихъ женщинъ иногда и совершенно не бываетъ; въ другихъ же случаяхъ оно выражается неясно. Кажется довольно вѣроятнымъ, что припуханіе яичника въ подобныхъ случаяхъ обусловливается переполненіемъ сосудовъ, подобно тому, какъ это наблюдается при извѣстныхъ невралгіяхъ. Патологическая анатомія, до сихъ поръ, не представляетъ намъ, въ этомъ отношеніи, никакихъ положительныхъ данныхъ. А потому, такое состояніе яичниковъ, въ настоящее время,

можно называть безразлично или *гиперкинезіею* (сведіауръ) или *ovaralgiею* (Шутценбергеръ), или *ovaріею* (Негріе), ибо когда фактъ хорошо доказанъ, названіе не имѣетъ рѣшительно большаго значенія.

VII.

Принимая яичникъ за исходную точку aurae hystericae, по крайней мѣрѣ, въ одной группѣ случаевъ, — интересно теперь разсмотрѣть ту важную, нѣкоторымъ образомъ неразрывную связь, которая существуетъ между *яичниковою болью* и другими припадками мѣстной истерики.

Дѣйствительно, у больной, которую я вамъ представлю, вы можете видѣть замѣчательное совпаденіе мѣста повздошной боли и способа локализаціи сопутствующихъ симптомовъ. Я не буду излагать болѣе вамъ головномозговыхъ явленій aurae, которыя, какъ я сейчасъ замѣтилъ, появляются на сторонѣ яичниковой боли, а ограничусь указаніемъ на *геміанестезію*, *парезъ и контрактуру конечностей*, занимающихъ лѣвую половину тѣла при овaріи лѣваго яичника и на оборотъ.

Я также долженъ замѣтить, что при яичниковой боли, помѣщающейся одновременно слѣва и справа и другіе припадки появляются на *обѣихъ сторонахъ*; въ этомъ послѣднемъ случаѣ, они будутъ всегда сильнѣе на той сторонѣ, на которой подвздошная боль интензивнѣе.

У нѣкоторыхъ изъ нашихъ больныхъ, въ числѣ которыхъ и у Л., мы наблюдали неоднократно внезапную перемѣну мѣста яичниковой боли. Когда оварія у этой женщины преобладала на лѣвой сторонѣ, то и головные симптомы aurae, контрактура конечностей и проч. временно представляли высшую степень развитія на той же сторонѣ; но затѣмъ, съ усиленіемъ ихъ на правой сторонѣ, боль преобладала въ правомъ яичникѣ.

Необходимо помнить, что овaралгія, въ разсматриваемой нами формѣ истерики, представляетъ, какъ кажется, постоянное, непреходящее явленіе — par excellence; такимъ образомъ, въ связи съ другими признаками той же категоріи, она можетъ навести васъ на путь при распознаваніи затруднительныхъ случаевъ.

VIII.

Теперь мнѣ остается, Мм. Гг., приступить къ изложенію такихъ фактовъ, которые, быть можетъ, вы будете разсматривать, какъ самые выдающіеся въ этомъ ученіи. Дѣйствительно, эти факты такого свойства, которые еще болѣе рельефно доказываютъ, если я не ошибаюсь, преобладающую роль ovaralгіи въ *одной изъ формъ истерики*.

Вы только что видѣли, какимъ образомъ методическое прижатіе яичника можетъ обусловить появленіе aurae, а иногда даже и полнаго приступа. Теперь я постараюсь вамъ доказать, что болѣе сильное прижатіе въ состояніи остановить развитіе приступа при его началѣ, или даже и совершенно прекратить болѣе или менѣе уже развившіеся судорожные припадки. Это вы можете наблюдать очень явственно на двухъ больныхъ, которыхъ я вамъ представилъ.—У обѣихъ остановка, обусловленная прижатіемъ, произведеннымъ какъ слѣдуетъ, продставляется полною, положительною. У двухъ другихъ, эта манипуляція только измѣняетъ въ различной степени явленія приступовъ, не производя совершеннаго ихъ прекращенія. И замѣтьте, что всѣ эти больныя одержимы не обыкновенною, такъ сказать, вульгарною судорожною истерикой, но тою ея формою, которая единогласно признается за самую тяжелую и называется *гистеро-эпилепсіей*.

Предположимъ, что съ одною изъ этихъ женщинъ случился приступъ: больная внезапно съ крикомъ падаетъ на землю; полная потеря сознанія; тетаническая окоченѣлость, которою вообще начинается приступъ, представляется въ высшей степени развитія и поражаетъ всѣ конечности; туловище сильно искривлено назадъ; животъ выдавшійся, сильно растянутъ и очень напряженъ.

Чтобы хорошо демонстрировать эффектъ прижатія яичника, самое лучшее условіе, въ подобномъ случаѣ, составляетъ горизонтальное положеніе больной на полу или, если возможно, на матрацѣ, навзничь. Тогда врачъ, ставши на одно колѣно, производитъ давленіе ручной кистью на ту подвздошную впадину, которая, согласно прежде произведенному изслѣдованію, была обыкновеннымъ мѣстомъ яичниковой боли.

Вначалѣ нужно употребить значительное усиліе, чтобы преодолѣть сокращеніе брюшныхъ мышцъ. Но какъ скоро мы достигнемъ этого и рука ощущаетъ входъ въ малый тазъ, то картина явленій измѣняется и начинается разрѣшеніе судорожныхъ припадковъ.

Вскорѣ появляются болѣе или менѣе частыя, а иногда и громкія, глотательныя движенія и почти тотчасъ же возвращается сознаніе, причемъ больная или стонетъ и плачетъ, жалуясь на причиняемую ей боль, какъ это бываетъ съ М., или на оборотъ, она чувствуетъ облегченіе и выражаетъ свою благодарность: Ахъ, это хорошо! это очень помогаетъ!» вскрикиваетъ всегда въ подобныхъ обстоятельствахъ больная Ж.

Результатъ, во всякомъ случаѣ, получается вообще всегда одинъ и тотъ же и если вы продолжаете прижатіе впродолженіи двухъ, трехъ или четырехъ минутъ, то можете быть увѣрены, что всѣ явленія приступа исчезнутъ, какъ бы по волшебному мановенію. Сверхъ того, вы можете, по желанію, разнообразить ваше наблюденіе, прекращая и опять возобновляя прижатіе, давать возможность обнаруживаться приступу или останавливать его, нѣкоторымъ образомъ столько разъ, сколько хотите.

Коль скоро вы положительно преодолѣли весьма значительное сопротивленіе, которое всегда вначалѣ представляютъ брюшныя стѣнки, то нѣтъ необходимости употреблять болѣе такое же усиліе и достаточно уже производить давленіе, на предполагаемое мѣстонахожденіе яичника, двумя первыми пальцами, чтобы получить желаемое дѣйствіе. Тѣмъ не менѣе, эта манипуляція, въ особенности, если она продолжается нѣсколько минутъ, довольно утомительна для врача, а потому желательно было бы ее измѣнить. Быть можетъ, въ этихъ случаяхъ давленіе можно производить мѣшечкомъ, наполненнымъ дробью, какъ это для другой цѣли предложилъ Ланелонгъ, или же посредствомъ особеннаго бандажа; вопросъ этотъ еще требуетъ дальнѣйшаго изученія. Въ настоящее же время, тѣмъ больнымъ, которымъ дѣйствительно полезно производить прижатіе, манипуляцію эту ежедневно могутъ производить сидѣлки.

IX.

Довольно странно, Мм. Гг., что этотъ способъ, не смотря на всю его простоту и неоспоримую пользу, въ настоящее время совершенно вышелъ изъ употребленія. Изобрѣтеніе этого способа, какъ я уже вамъ замѣтилъ, не принадлежитъ мнѣ; оно относится, быть можетъ, къ глубокой древности и во всякомъ случаѣ, открытіе его произошло раньше XVI-го столѣтія. Впрочемъ, пересмотрѣвъ на скоро самыя старинныя и рѣдко употребляемыя книги, находящіяся въ моей библіотекѣ, я въ нихъ нашелъ объ этомъ предметѣ слѣдующія свѣдѣнія.

Виллисъ, въ началѣ XVII-го столѣтія, въ своемъ *Traité des maladies convulsives* [6]), выражается слѣдующими словами: „Извѣстно, говоритъ онъ, что судорожный спазмъ, исходящій изъ живота, можетъ быть останавливаемъ, что ему можно воспрепятствовать достигнуть шеи и головы, посредствомъ *прижатія живота*, которое производится, обхватывая рукою тѣло вокругъ, или посредствомъ крѣпко скатанной простыни». Сверхъ того, онъ разсказываетъ, что ему удалось остановить приступъ, посредствомъ сильнаго давленія на нижнюю часть живота, произведеннаго обѣими, вмѣстѣ соединенными руками. Но еще гораздо раньше, Меркадо (1513) совѣтовалъ *растиранія живота*, съ цѣлью вправленія матки, которую онъ, согласно древнему ученію [7]), предполагалъ смѣщенною. Одинъ изъ его соотечественниковъ, Монарде, поступалъ, кажется, болѣе рѣшительно [8]): онъ клалъ большой камень на животъ больныхъ во время приступа.

Впрочемъ, кажется, что этотъ способъ былъ не очень распространенъ, такъ какъ о немъ ничего не упоминается ни у Лаз. Ривіера, ни у Ф. Гофмана и только одинъ Бёргавъ, въ началѣ XVIII-го столѣтія, опять настаиваетъ на примѣненіи сдавливанія живота при истерическомъ припадкѣ.

---

[6]) Willis,—De morbis convulsivis, т. II, стр 34.

[7]) D. L. Mercatus.—Opera, tif. III.—De virginum et viduarum affectionibus, стр, 546 Francof. 1620.

[8]) Négrier,—Recueil de faits pour servir à l'histoire des ovaires et des affections hysteriques de la femme. Angers, 1858, стр. 168, 169.

По мнѣнію этого послѣдняго, прижатіе должно производить посредствомъ подушки, которую сильно нажимаютъ простынями, помѣщенными между ложными ребрами и подвздошною остью. Такимъ образомъ, говоритъ онъ, почти навѣрное облегчаютъ больныхъ, если только ощущеніе globi не перешло уже за діафрагму [9]).

Въ новѣйшее время, Рекамье, восхваляя этотъ, какъ вы видите, уже очень древній методъ, помѣщалъ на животъ больной подушку, на которую заставлялъ сѣсть своего помощника. Его примѣру, сколько мнѣ извѣстно, послѣдовалъ только Негріе, директоръ медицинской школы въ Анжерѣ, котораго сочиненіе подъ заглавіемъ: *Recueil de faits pour servir à l'histoire des ovaires et des affections hystériques*, опубликованное 1858 г., не имѣло, кажется, большаго успѣха. Способъ Негріе представляется болѣе методическимъ, чѣмъ его предшественниковъ, такъ какъ Негріе производитъ прижатіе съ цѣлью дѣйствовать на яичникъ. „Сильное и широкое прижатіе, произведенное рукою *на яичниковую область*, достаточно, во многихъ случаяхъ, говоритъ Негріе, чтобы остановить и совершенно прекратить судорожный приступъ".

Но оставимъ на время правильное примѣненіе этого метода и разсмотримъ,—какіе были употребляемы способы въ извѣстныхъ и знаменитыхъ *истерическихъ эпидеміяхъ*, посредствомъ которыхъ врачующіе оказывали *пособіе*, облегчали конвульсіонерокъ. Въ числѣ этихъ помогающихъ средствъ, мы находимъ одинъ очень любопытный способъ, такъ какъ, по всей вѣроятности, первую идею его, должно быть, внушила одна изъ конвульсіонерокъ. Это *сжатіе живота*. И въ самомъ дѣлѣ, нѣкоторыя истерическія женщины, во время первыхъ припадковъ aurae, сами инстинктивно производятъ прижатіе яичниковъ; это мы видимъ, напримѣръ, у одной изъ нашихъ больныхъ, фамилія которой Ж. и о которой я уже бесѣдовалъ съ вами. Эта женщина, уже съ давнихъ поръ пріучилась останавливать развитіе припадковъ прижатіемъ лѣваго яичника и если появленіе припадка наступаетъ не слишкомъ быстро, то чаще всего ей это удается; въ противномъ же случаѣ, она призываетъ окружающихъ и проситъ помочь ей въ этой манипуляціи.

Разсмотримъ поближе эти факты, заимствованные изъ исторіи судорожныхъ эпидемій; изученіе этого предмета, хотя и давно прошедшаго представляетъ нѣкоторый интересъ.

---

[9]) Van Swieten,—Comm., t. III, стр. 417.

Ученый Геккеръ, описывая субъектовъ, одержимыхъ пляскою св. Іоанна [10]), говоритъ, что они часто жаловались на сильное томленіе подъ ложечкой и просили, чтобы имъ прижимали животъ простынями.

Но въ особенности эпидемія, названная Saint-Médard, доставляетъ намъ объ этомъ предметѣ самыя интересныя данныя. Вамъ извѣстно, что она появилась въ то время, когда релизіозная экзальтація янсенистовъ, преслѣдуемыхъ объявленіемъ буллы *Unigenitus*, достигла высшей степени. Эпидемія, обнаружившаяся на могилѣ діакона Пари, умершаго въ 1727 г., представляла два различныхъ періода [11]).

Первый періодъ, по крайней мѣрѣ, по моему мнѣнію, въ особенности замѣчателенъ выздоравливаніемъ извѣстнаго числа больныхъ, между которыми неоднократно были случаи точно доказанной постоянной истерической контрактуры [12]). Во второмъ преобладали болѣе или менѣе своеобразныя судороги, но которыя, вообще, существенно не отличались отъ судорогъ, появляющихся при истерикѣ, принимающей эпидемическую форму. Вотъ къ этому то времени, въ эпидемію Sant-Médard, и относится появленіе способа, приносящаго *пособіе*.

Въ чемъ же состояло это пособіе? Въ большинствѣ случаевъ, манипуляція производилась съ цѣлью произвести сильное прижатіе живота или же сильно ударяли по животу инструментомъ, или какимъ нибудь другимъ предметомъ. Такимъ образомъ существовало, во 1-хъ, пособіе, производимое посредствомъ тяжелаго тагана которымъ били по животу, учащая удары, во 2-хъ, пособіе, доставляемое пестикомъ, мало отличавшееся отъ предыдущаго; въ 3-хъ, въ иныхъ случаяхъ, мущина двумя сжатыми кулаками упирался изо всѣхъ силъ въ животъ конвульсіонерки и чтобы это произвести еще лучше, онъ призывалъ къ себѣ на помощь другихъ мущинъ; въ 4-хъ,—три, четыре или даже пять человѣкъ взлезали на больную; одна изъ конвульсіонерокъ, прозванная своими единомышленницами *сестрою Маріо*, въ особенности усердно занималась этимъ способомъ; въ 5-хъ,

---

[10]) Hecker,—Danse de Saint-Jean à Aix-la-Chapelle, 1874.—Epidémie de Saint Witt à Strasbourg, 1438.

[11]) Carré de Montgéron, loc. cit.

[12]) Bourneville et Voulet,—De la contracture hystérique permanente стр. 7—17, Paris, 1872.

наконецъ, сообщаютъ такой случай, въ которомъ накладывались длинные бинты, посредствомъ которыхъ сильно тянули направо и налѣво. Такое знахарское *пособіе*, не смотря на способъ его примѣненія, по видимому, всегда сопровождалось значительнымъ облегченіемъ.

Врачъ того времени, Гекке совершенно справедливо видѣлъ въ этихъ судорогахъ одно только естественное явленіе; между тѣмъ какъ другіе относили ихъ къ какому то божественному вліянію. Но я не могу согласиться съ его мнѣніемъ, которое онъ высказываетъ въ своей книгѣ, подъ заглавіемъ: „Du Naturalisme des convulsions". Такъ, онъ увѣряетъ, что *пособія* были внушены простою „похотливостью". Я не вижу, что могло бы быть общаго между похотью и ударами *желѣзнымъ таганомъ и пестикомъ*, ударами, наносимыми съ значительной силой, хотя я и не отрицаю разныхъ утонченностей, на которыя способенъ деморализованный вкусъ. Мнѣ кажется, дѣло гораздо проще и раціональнѣе объясняется, если откинуть преувеличенія, вызванныя желаніемъ разглашенія, эмпирическими манипуляціями, результатомъ примѣненія которыхъ было дѣйствительное облегченіе страданій при истерическомъ приступѣ.

X.

Вы, вѣроятно, замѣтили, Мм. Гг., аналогію которая наблюдается между такой остановкой истерическихъ судорогъ, вслѣдствіе прижатія живота и той задержкой ихъ, которую мы достигаемъ иногда *перевязкой* или *лигатурой* членовъ, изъ которыхъ въ такихъ случаяхъ начинается появленіе aurae; здѣсь, можетъ быть, будетъ кстати напомнить вамъ, что внезапное сгибаніе стопы прекращаетъ вдругъ, какъ указалъ Браунъ-Секаръ, судорожныя подергиванія при спинномозговой эпилепсіи, наблюдаемой въ извѣстныхъ случаяхъ міэлитовъ. Вамъ не безъизвѣстно, что въ экспериментальной патологіи эти факты находятъ себѣ до извѣстной степени объясненіе. Я долженъ пока отказаться отъ разсмотрѣнія подробностей по этому предмету. Достаточно будетъ, если я вамъ напомню, что у животныхъ многочисленными опытами доказано прекращеніе рефлекторной возбуждаемости спиннаго мозга, при посредствѣ раздраженій периферическихъ

нервовъ. Такимъ образомъ, опытъ Герцена указываетъ намъ, что у обезглавленной лягушки, поставленной, слѣдовательно, въ самыя лучшія условія для возвышенія до максимума рефлекторной возбудительности ея спиннаго мозга, наступаетъ полное отсутствіе рефлекторной раздражительности въ верхнихъ (переднихъ) ея членахъ, если существуетъ раздраженіе нервныхъ центровъ въ нижней части спиннаго мозга. Точно также наблюдается и въ обратномъ смыслѣ; если у той же обезглавленной лягушки, вы перевяжете переднія конечности лигатурой, то въ заднихъ членахъ нельзя будетъ вызвать рефлекторныхъ движеній, пока передніе члены будутъ окружены лигатурой. Это доказано опытомъ Левиссона. Хотя эти экспериментальные факты и не трудно анализировать, но при настоящемъ состояніи ихъ трудно объяснить, какъ и соотвѣтственныя явленія, наблюдаемыя у человѣка.

XI.

Я не могу долѣе останавливаться на этихъ фактахъ, такъ какъ мы не располагаемъ достаточнымъ временемъ, тѣмъ не менѣе, я хотѣлъ указать вамъ на важность прекращенія приступовъ сильной гистеріи, или, по крайней мѣрѣ, уменьшенія ихъ силы. Но эта сторона вопроса выяснится лучше, когда я вамъ изложу въ одной изъ будущихъ лекцій, послѣдствія, которыя влечетъ за собой повтореніе гистеро-эпилептическихъ приступовъ. Я ограничусь пока слѣдующимъ формулированіемъ выводовъ, истекающихъ изъ настоящей нашей лекціи.

Энергическое прижатіе бользненнаго яичника не имѣетъ непосредственнаго вліянія на бо́льшую часть постоянныхъ признаковъ гистеріи, какъ то: на контрактуру, параличъ, одностороннюю анестезію и проч., но оно иногда имѣетъ рѣшительное вліяніе на приступъ судорогъ, которыхъ оно можетъ умърить силу, а иногда даже вызвать остановку ихъ.

XII.

Оканчивая, я долженъ представить вамъ тѣхъ больныхъ, которыхъ я въ особенности имѣлъ въ виду при предыду-

щемъ описаніи и указать вамъ на ихъ болѣе выдающіяся особенности, представляющіяся наблюдателю.

1-й случай.—Мар... 23 лѣтъ, страдаетъ гистеро-эпилепсіей, начиная съ 16-лѣтняго возраста. Причина развитія болѣзни неизвѣстна. Какъ бы то ни было, съ точки зрѣнія мѣстной гистеріи, она представляетъ намъ *геміанестезію, овар'ію, парезъ*, притомъ всѣ эти явленія имѣютъ мѣсто на лѣвой сторонѣ. Кромѣ того, она подвержена *частой рвотѣ* и представляетъ на лѣвомъ глазу *ахроматопсію.*

Припадкамъ предшествуетъ характерная *aura*; явленія предвѣстниковъ обнаруживаются съ лѣваго яичника; черепномозговые симптомы весьма ясно выражены. Что касается самыхъ приступовъ, то они могутъ быть раздѣлены на 3 періода: а) тетаническія судороги, судороги на подобіе эпилептическихъ, пѣна; б) значительныя движенія туловища и членовъ (періодъ выворачиванія тѣла и членовъ); въ это время больная произноситъ странныя слова и, очевидно, находится въ мрачномъ бреду; в) плачъ, смѣхъ, обозначающіе окончаніе припадка. Прижатіемъ лѣваго яичника, мы быстро и совершенно уничтожаемъ всѣ эти явленія пароксизма.

2-й случай.—Кот., 21 года, страдаетъ истерикой съ 15-ти лѣтъ. Въ числѣ этіологическихъ моментовъ можно указать на дурное обращеніе съ нею отца, привычнаго пьяницы, а впослѣдствіи вліяніе проституціи; мѣстная гистерія еще болѣе выражена, чѣмъ въ 1-мъ случаѣ. На правой сторонѣ мы видимъ *геміанестезію, яичниковую боль, постоянное сведеніе* съ дрожаніемъ въ нижней конечности.

Приступъ сказывается явно выраженной *aura*, начинающейся съ праваго яичника и оканчивается ясно выраженными черепномозговыми симптомами. Судороги особенно тоническія, осложняются эпилептивидными припадками. Затѣмъ слѣдуетъ періодъ выворачиваній (contorsions): онъ чрезвычайно ясно выраженъ; часто пароксизмъ оканчивается движеніями таза, сжатіемъ гортанной щели, плачемъ и отдѣленіемъ мочи. У нея тоже наступаетъ облегченіе приступа, вслѣдствіе прижатія яичника, но онъ не прекращается совсѣмъ. Втеченіи первыхъ мѣсяцевъ въ году, эта больная находилась въ *гистеро-эпилептическомъ состояніи*, къ которому мы возвратимся въ слѣдующей лекціи [13]).

---

[13]) См. описаніе полнаго наблюденія этой больной у Бурневиля и Вуле—De la contracture hystérique permanente, набл. VIII, стр. 41.

3-й случай. — Женевьева Легр. родилась въ Луденѣ; страшное совпаденіе: въ этой мѣстности, какъ вы знаете, совершилась печальная драма, коей жертвой былъ Урбанъ Грандіе.

Женевьевѣ 28 лѣтъ отъ роду; истерикой она страдаетъ со времени періода половой зрѣлости. Между постоянными симптомами мѣстной гистеріи, мы находимъ у нея ясно выраженную *лѣвую геміанестезію*, лѣвую *яичниковую боль* съ легко доступной изслѣдованію опухолью; наконецъ мы видимъ въ ней странное психическое состояніе. Аига весьма характерная; въ числѣ господствующихъ симптомовъ на первомъ планѣ стоятъ трепетанія сердца и черепномозговые симптомы. Что касается приступовъ или пароксизмовъ, то они раздѣляются на 3 періода; 1) эпилептивидныя судороги съ пѣной у рта, стерторозное дыханіе; 2) затѣмъ энергическія движенія массы членовъ и всего тѣла; 3) наконецъ періодъ бреда, въ которомъ она разсказываетъ всѣ важнѣйшія событія своей жизни,—къ концу большихъ приступовъ.

Иногда больная въ этомъ періодѣ имѣетъ галлюцинаціи; тогда она видитъ вороновъ, змѣй, кромѣ того она предается особенной пляскѣ, которая можетъ быть принята за рудиментарный и спорадическій примѣръ той средневѣковой эпидемической пляски, которую называли тогда *бѣшенной, эпидемической пляской*.

При этомъ случаѣ я хочу указать вамъ, что извѣстные случаи гистеріи составляя разновидность основной формы болѣзни, представляютъ въ рудиментарномъ видѣ различныя судорожныя формы, которыя находятъ свое высшее выраженіе и развитіе въ эпидеміяхъ этого рода. Этотъ предметъ впрочемъ разсмотрѣлъ и превосходно разработалъ Валентинеръ въ своемъ интересномъ трудѣ [14]).

У Женевьевы сжатіе яичника производитъ, такъ сказать, внезапное прекращеніе приступа судорогъ. Она вполнѣ сознаетъ это вліяніе, потому что она сама пытается прижать ту область, изъ которой начинается аига, но если это ей не удается, то она проситъ окружающихъ сдѣлать это.

4-й случай.—Лер., 48 лѣтъ отъ роду, больная весьма извѣстная всѣмъ врачамъ, которые по какимъ либо занятіямъ

---

[14]) Valentiner Th.,—Die Hysterie und ihre Heilung. См. извлеченіе въ Monde Médical, въ іюльскихъ №№, 1872 г.

или причинамъ, посѣщали нашу больницу. Другими словами, это случай, прославившійся въ лѣтописяхъ гистеро-эпилепсіи. Первую часть ея исторіи болѣзни вы найдете въ диссертаціи Дюнана (въ Женевѣ).

Уже четыре года, какъ у Лер... прекратились мѣсячныя очищенія, не смотря на это, всѣ нервные припадки существу-

Фиг. 19.

Фиг. 19 Положеніе Мер.. во время нервнаго приступа; періодъ выворачиваній членовъ (contorsions). (Fac-simile съ рисунка, снятаго съ натуры).

ютъ у нея и до сихъ поръ. Я показалъ вамъ только, что *тарентизмъ* у Лер... является въ рудиментарной формѣ, кромѣ того

она особа *демоническая*, или то, что прежде понимали подъ словомъ—*одержимая бѣсами*. Если хотите, то она представляетъ стушованное изображеніе тѣхъ женщинъ, которыхъ *методисты* въ своихъ Camp-meetings называли Jerkers, которыя

Фиг. 20.

Фиг. 20. Положеніе Мер.. во время приступа; періодъ выворачиваній членовъ (Fac-simile съ рисунка, снятаго съ натуры).

въ своихъ нервныхъ пароксизмахъ принимали самыя чудовищныя положенія (см. фиг. 19, 20, 21).

Вѣроятное происхожденіе нервныхъ припадковъ у Лер...

заслуживаетъ полнаго вашего вниманія. Она прошла чрезъ цѣлый рядъ испуговъ: во 1-хъ, на 11-мъ году жизни, она была испугана бѣшенной собакой; во 2-хъ на 16-мъ году, она была объята ужасомъ при видѣ трупа убитой женщины; въ 3-хъ, на томъ же 16-мъ году, она опять подверглась испугу при видѣ грабителей, которые бросились на нее, чтобы отнять бывшія при ней деньги, въ ту минуту, когда она проходила чрезъ лѣсъ.

Фиг. 21.

Фиг. 21. *Гистеро-эпилептическій приступъ.* Періодъ выворачиваній членовъ (рисунокъ сдѣланъ П. Рише, съ эскиса проф. Шарко).

Мѣстная гистерія состоитъ у нея изъ *геміанестезіи*, *оваріи*, пареза членовъ и иногда изъ *сведенія* верхнихъ и нижнихъ членовъ правой стороны. Иногда явленія эти поражаютъ и лѣвую сторону и тогда, сообразно нашему описанію, мы находимъ двойную оварію съ двусторонней анестезіей и проч.

Приступы, предшествуемые ясно выраженной яичниковой аурой, проявляются вначалѣ эпилептивидными и тетаническими судорогами; послѣ этого наступаютъ обширныя движенія членовъ, по свойству соотвѣтствующія преднамѣреннымъ, во время которыхъ больная, принимая самыя страшныя положенія, напоминаетъ позы, приписываемыя исторіей одержимымъ бѣсами. (Періодъ выворачиваній членовъ, фиг. 19, 20 и 21). Въ эти минуты приступа, больная въ бреду и темой ея бреда очевидно служатъ событія, которыя были причиной развитія первыхъ истерическихъ пароксизмовъ; она обращается съ страшной бранью къ воображаемымъ лицамъ: „разбойники! грабители! душегубцы!... Пожаръ, пожаръ! Собаки меня кусаютъ!“ Все это, безъ сомнѣнія, воспоминанія психическихъ аффектовъ, имѣвшихъ мѣсто въ молодости.

Когда судорожная часть пароксизма оканчивается, то обыкновенно появляются: во 1-хъ, галлюцинаціи зрѣнія: больная видитъ ужаснаго вида звѣрей, скелеты и привидѣнія; во 2-хъ, параличь пузыря; въ 3-хъ, параличь горла, а наконецъ, въ 4-хъ, болѣе или менѣе выраженная, постоянная контрактура языка.

Эти послѣдніе припадки дѣлаютъ иногда необходимыми ежедневный катетризмъ пузыря и введеніе пищи желудочнымъ зондомъ. Прижатіе яичника у Лер., не оказываетъ почти никакого вліянія на судороги [15]).

Случай V.—Вы уже знаете эту больную: я говорю объ Этч..., которая доставила намъ матеріалъ для нашей лекціи объ *истерической ишуріи* [16]). Я обращаю ваше вниманіе на *геміанестезію, ахроматопсію, сведеніе и оваріо* на лѣвой сторонѣ. Приступы судорогъ представляютъ характеръ тоническій, тетаническій. Мы до сихъ поръ не имѣли случая испытать у нея вліяніе прижатія яичника судороги.

---

[15]) Мы представили полное описаніе этой больной въ Progres méd. (№№ 16—33, 1875 г.).

[16]) См. Лекц'ю IX, стр. 237.

ЛЕКЦІЯ ДВѢНАДЦАТАЯ.

ОБЪ ИСТЕРИЧЕСКОМЪ СВЕДЕНІИ.

Содержаніе.—Формы истерическаго сведенія. — Описаніе гемиплегической формы; аналогіи и различія между истерическимъ сведеніемъ (контрактурой) и сведеніемъ, зависящимъ отъ мозговаго пораженія въ видѣ фокуса.—Примѣръ параплегической формы истерическаго сведенія.

Предсказаніе. — Внезапность выздоровленія въ нѣкорыхъ, случаяхъ. — Научное объясненіе извѣстныхъ случаевъ, считаемыхъ чудесными — Неизлечимость сведенія у нѣкоторыхъ истерическихъ. — Примѣры. — Анатомическія пораженія.—Склерозъ боковыхъ канатиковъ.—Различные виды сведеній.—Истерическое искривленіе стопы.

Мм. Гг., Брике, въ своемъ основательномъ трудѣ объ истерикѣ, описываетъ чрезвычайно вѣрно и весьма рельефно самыя выдающіяся черты *постоянныхъ сведеній*, которымъ могутъ подвергаться при истерикѣ одинъ или нѣсколько членовъ, хотя онъ и не придаетъ имъ тогда обширнаго значенія, которое они, по моему мнѣнію, имѣютъ; онъ говоритъ, что постоянное сведеніе членовъ составляетъ рѣдкое осложненіе: онъ встрѣтилъ его всего въ 6 случаяхъ—до выхода въ печать своего труда. Въ одномъ случаѣ сведеніе наблюдалось на одной конечности; въ другихъ двухъ случаяхъ оно имѣло *форму гемиплегическую*, а въ 3-хъ послѣднихъ случаяхъ, оно представлялось въ формѣ *параплегической*. Совершенно вѣрно, что истерическая контрактура можетъ принимать эти различные виды. Вы, впрочемъ можете провѣрить сказанное лично, такъ какъ я имѣю возможность представить вамъ двухъ больныхъ: одну съ формой гемиглегической, а другую съ параплегической истерической контрактурой. Такимъ образомъ, мы поставлены въ возможность наглядно представить вамъ самыя интересныя подробности, относящіяся къ этому особенному проявленію гистеріи.

I.

Эт.., имѣющая нынѣ 40 лѣтъ отъ роду, страдаетъ уже 20 лѣтъ лѣвой гемиплегіей. Вы видите *верхнюю конечность* этой стороны въ полусогнутомъ положеніи (фиг. 22), она представляется въ значительной степени сведенной (туго-

Фиг. 22.

Фиг. 22. Сведеніе правой верхней конечности.

подвижной), что доказывается трудностью болѣе согнуть конечность и невозможностью полнаго ея разгибанія [1]).

[1]) Еще сегодня (Іюль, 1875 г.) сведеніе членовъ лѣвой стороны у Э... сохраняетъ тотъ же характеръ, который оно имѣло въ то время, когда изложена была впервые настоящая лекція (Іюль, 1870 г.).

Лѣвая нижняя конечность находится въ экстензіи, различныя ея части находятся въ положеніи, такъ сказать, вынужденномъ. Такимъ образомъ, бедро находится въ сильной экстензіи относительно таза, а голень относительно бедра. Стопа представляетъ въ высшей степени искривленую въ сторону конскую ногу (pes equino-varus). Кромѣ того и мышцы приводящія бедра въ свою очередь также сильно сокращены. Однимъ словомъ, всѣ суставы лишены подвижности, а вся конечность представляетъ одно цѣлое въ такой степени, образуя какъ бы негибкій шестъ, что схвативъ ее за стопу, можно бы вмѣстѣ поднять всю нижнюю половину тѣла больной. Я особенно указываю на это своеобразное состояніе нижней конечности, такъ какъ оно встрѣчается крайне рѣдко при гемиплегіи, зависящей отъ черепномозговаго страданія, въ видѣ фокуса или гнѣзда: при истерической контрактурѣ, оно составляетъ, такъ сказать, общее правило. Въ этомъ послѣднемъ случаѣ, сколько я могу судить, по моимъ собственнымъ наблюденіямъ, постоянно согнутое состояніе бедра и голени составило бы фактъ совершенно исключительный.

Въ этомъ случаѣ мы имѣемъ дѣло съ *постояннымъ сведеніемъ* въ самомъ строгомъ значеніи этого слова. Я убѣдился, что самый глубокій сонъ не измѣняетъ его совершенно: втеченіи дня, сведеніе это не представляетъ никакихъ улучшеній, или ожесточеній. Одинъ только сонъ, подъ вліяніемъ хлороформа, уничтожаетъ это сведеніе, если наркозъ достигъ значительной степени.

Хотя сведеніе это длится у нашей больной уже около двухъ лѣтъ, вы видите, что питаніе мышцъ не особенно пострадало; я прибавлю къ этому, что и электросократительность осталась почти нормальной.

Я замѣчу вамъ мимоходомъ, что при сильномъ сгибаніи кончика стопы на сведенной ногѣ, мы вызываемъ въ ней *судорожное дрожаніе*, которое иногда продолжается весьма долгое время, даже когда стопа, предоставленная самой себѣ, возвращается къ своему прежнему положенію.

Вы знаете, что это судорожное дрожаніе встрѣчается весьма часто при параличѣ съ контрактурой, находящейся въ зависимости отъ органическаго спинномозговаго страданія, какъ напр. при склерозѣ боковыхъ канатиковъ, однако я наблюдалъ его и въ большомъ числѣ случаевъ, при которыхъ истерическое сведеніе переходило внезапно въ вы-

здоровленіе. Отсюда для васъ становится яснымъ, что это явленіе, съ точки зрѣнія анатомическаго діагноза, лишено абсолютнаго значенія [2]).

---

[2]) Уже съ 1868 г. въ моихъ лекціяхъ въ Сальпетріерѣ я обращалъ вниманіе слушателей моихъ, на особенное дрожаніе, развивающееся въ стопѣ у нѣкоторыхъ особъ, пораженныхъ параличемъ или только парезомъ нижнихъ конечностей, когда схватываютъ рукой конечность ихъ и вдругъ выпрямляютъ стопу (см. A. Dubois,—Etudes. quelques points de l'ataxie locomotrice progressive. Paris, 1868).

Дрожаніе прекращается вообще тотчасъ же за прекращеніемъ удерживанія стопы въ состояніи сильнаго сгибанія; иногда же, оно продолжается нѣкоторое время и послѣ того. Ограничиваясь обыкновенно одной стопой, дрожаніе это переходитъ во многихъ случаяхъ на всю конечность, а иногда переходитъ на нижнюю конечность другой стороны. Въ случаяхъ, когда это судорожное дрожаніе вызывается упомянутой манипуляціей, оно появляется, по видимому и самопроизвольно, или же подъ вліяніемъ движеній больнаго въ кровати, какъ то: при вставаніи на постели, при схожденіи съ нея или при попыткѣ ходить.

Вызванное искуственно дрожаніе стопы или самопроизвольно развивающееся проявляется при весьма разнообразныхъ обстоятельствахъ, когда боковые пучки спиннаго мозга сдѣлались на извѣстномъ протяженіи очагомъ медленнаго пролиферацiоннаго процесса въ соединительной ткани. Это тѣже условія, какъ вы видите, при которыхъ позднѣе дрожанія развивается *постоянное сведеніе*. Такимъ образомъ самопроизвольное дрожаніе или вызванное искусственно, будетъ ли оно общимъ или ограничивается одной стопой, наблюдается при *симметрическомъ склерозѣ боковыхъ канатиковъ*, а также при склерозѣ въ бляшкахъ всякій разъ, когда спинномозговыя гнѣзда занимаютъ боковые пучки на протяженіи нѣсколькихъ сантиметровъ въ длину; его наблюдаютъ также, когда *нисходящій склерозъ* установился послѣдовательно за прижатіемъ спиннаго мозга опухолью, а также при *поперечномъ остромъ или полуостромъ міэлитѣ*, а равно и при *боковомъ послѣдовательномъ сквероэѣ*, вслѣдствіе *извѣстныхъ страданій черепнаго мозга*, каковы напр. размягченіе въ видѣ гнѣздъ или кровоизліянія въ оптическія и полосатыя тѣла, захватывающія и внутреннюю сумку (capsula interna). Описанное судорожное дрожаніе не составляетъ поэтому исключительной принадлежности какой нибудь одной болѣзни: оно присоединяется къ болѣзнямъ весьма различнаго происхожденія, но въ которыхъ боковой склерозъ составляетъ общее всѣмъ имъ явленіе, тѣмъ не менѣе присутствіе его въ случаяхъ истерическихъ сведеній, оканчивающихся внезапно выздоровленіемъ, доказываетъ, что оно не всегда находится въ причинной связи съ явнымъ, матеріальнымъ болѣзненнымъ процессомъ боковыхъ пучковъ. (Dubois, loc cit.—Charcot et Joffroy, Arch. de Phys. 1869, стр. 632 и слѣд.—Charcot, Leçons s. les. malad. d. syst. nerveux, 1-е изданіе, 1872—1873, стр. 218, 307, 319).

Недавно Вестфаль и Эрбъ посвятили этому симптому особенную работу, съ весьма остроумно построенными возрѣніями. Слѣдуя взгляду этихъ авторовъ, *вызванное дрожаніе* (Вестфаль обозначаетъ его названіемъ—Fussphaenomen)) есть только рефлекторное явленіе, имѣющее исходной точкой сухожилія (W. Erb,—Sehnenreflexe b. Gesunden und Rueckenmarkskranken. Arch. f. Psych. VI Bd. 3-es Heft, стр. 72, 1875.—

Устранивъ отличіе, указанное нами относительно положенія нижней конечности, всѣ прочія подробности, представленныя вамъ, могли бы встрѣтиться въ крайнемъ случаѣ и при органической гемиплегіи, зависящей отъ глубокаго страданія черепнаго мозга, кровоизліянія или размягченія его.

Новой аналогической чертой можетъ служить слѣдующее явленіе: гемиплегія у Этч. началась приступомъ. Больная послѣ этого приступа оставалась нѣсколько дней безъ сознанія. Указавъ вамъ на аналогіи, необходимо разсмотрѣть отличительные признаки. Они многочисленны, несомнѣнны, такъ что, имѣя ихъ постоянно въ виду, притомъ же они всегда на лицо, нѣтъ ничего легче, какъ вѣрно распознать истерическую контрактуру и ея происхожденіе.

1) Имѣйте въ виду, Мм. Гг., постоянное отсутствіе лицеваго паралича и искривленнаго положенія языка, когда этотъ послѣдній высунутъ изо рта. Вы знаете, что эти явленія всегда имѣютъ мѣсто при извѣстныхъ степеняхъ гемиплегіи, зависящей отъ гнѣзднаго страданія черепнаго мозга [3]).

2) Кромѣ того, замѣтьте, что въ этихъ случаяхъ существуетъ аналгезія и даже почти абсолютная анестезія, распространенная на одну половину тѣла, соотвѣтствующую парализованной сторонѣ, а именно: на лицо, туловище и проч. Это измѣненіе въ сферѣ чувствительной относится не только къ кожѣ, но и къ мышцамъ, можетъ быть, къ костямъ; точнымъ предѣломъ его служитъ срединная линія.

Такое распространеніе анестезіи на цѣлую половину тѣла, голову, туловище и конечности, это, такъ сказать, геометрическое разграниченіе анестеризованныхъ частей вертикальной плоскостью, раздѣляющей тѣло на двѣ равныя по-

---

Westhal. Ueber einige Bewegungs — Erscheinungen an gelaehmten Gliedern. Тотъ же сборн. стр. 863.—W. Erb, Ueber einen wenig bekannt. spinalen Symptomencomplex. Въ Berl. Klin. Wochens. 1875, № 26). Въ нѣкоторыхъ случаяхъ паралича верхнихъ конечностей, когда мы имѣемъ напр. дѣло съ пораженіемъ внутренней капсулы и когда постоянная контрактура не сильно выражена, намъ удается быстрымъ распрямленіемъ пальцевъ вызвать судорожное дрожаніе кисти руки, совершенно сходное съ *вызваннымъ дрожаніемъ* стопы. (J. M. C.).

[3]) По Гассе (Handb. d. Pathol. 2 изд. Erlangen. 1869), мы обязаны Альтгаузу указаніемъ отсутствія лицеваго паралича и скошенія языка и рта при истерической гемиплегіи. Это вовсе невѣрно. Этотъ фактъ ясно замѣченъ уже Р. В. Тоддомъ въ его Leçons s. l. système nerveux.

ловины, составляетъ, такъ сказать, вполнѣ характеристическую черту гистеріи [4]). Какъ бы то ни было, но этотъ симптомъ наблюдается крайне рѣдко при *гемиплегіи*, обусловленной *церебральной* причиной. Если же дѣло идетъ о *спинномозговой гемиплегіи*, т. е. обусловленной односторонним заболѣваніемъ или поврежденіемъ спиннаго мозга, то анестезія, какъ это доказалъ Браунъ-Секаръ, проявляется тогда на сторонѣ тѣла, противуположной двигательно парализованной половинѣ тѣла.

3) Мы должны указать еще множество другихъ относительныхъ признаковъ. Больная женщина развитая и мы не имѣемъ никакого основанія заподозрить ея искренность; поэтому она можетъ доставить намъ совершенно правдивыя свѣденія о способѣ развитія ея страданія. Вотъ въ нѣсколькихъ словахъ ея анамнестическая исторія.

По видимому, она не имѣла предшествующихъ истерическихъ симптомовъ. Болѣзнь началась на 34-мъ году жизни, послѣ сильнаго нравственнаго потрясенія и началась она приступомъ, съ потерей сознанія. Этотъ приступъ, по всей вѣроятности, принялъ форму эпилептической гистеріи, такъ Этч. во время приступа упала въ огонь: на лицѣ ея существуютъ явные признаки ожоговъ, полученныхъ ею при этомъ обстоятельствѣ. Въ слѣдующіе годы съ нею повторялись неоднократно новые пароксизмы, принимавшіе то чистый истерическій типъ, то болѣе эпилептическую форму; но только на 40-мъ году, появились постоянные признаки истерики, которые мы изучаемъ сегодня. Мы должны указать при какомъ сцѣпленіи обстоятельствъ они развились, такъ какъ здѣсь представятся намъ нѣсколько характеристическихъ моментовъ.

а) Мѣсячныя очищенія, дотолѣ правильныя, нарушаются; больная отъ времени до времени имѣетъ кровавую рвоту [5]); животъ ея значительно вздутъ газами, причемъ при давленіи лѣвой стороны ощущается сильная боль въ яичниковой области; боль эта имѣетъ своеобразный характеръ и сопровождается особенными ощущеніями,распространяющимися до надчревной области; по этимъ болямъ больная предугадывала всякій разъ наступленіе своего пароксизма. Эти

---

[4]) См. Лекцію X,—О *геміанестезіи*.

[5]) Это явленіе очень часто у истерическихъ, когда правильность мѣсячныхъ отдѣленій значительно нарушается у нихъ.

боли, а равно какъ и тимпанитъ съ задержаніемъ мочи, существуютъ еще и понынѣ.

б) Почти въ тоже время, Этч. страдала *постояннымъ задержаніемъ мочи*, требовавшимъ всякій разъ употребленіе катетера.

в) Въ этомъ положеніи больной, въ Октябрѣ 1868 г., наступилъ сильный приступъ, сопровождаемый судорогами, за которыми послѣдовалъ апоплекти-образное состояніе при стерторозномъ дыханіи; въ это то время внезапно развилась *гемиплегія*.

Такимъ образомъ, Мм. Гг., *это значительное вздутіе живота газами*, эти *боли* въ *области яичника, это задержаніе мочи*, составляютъ рядъ симптомовъ, которыхъ значеніе для діагностики несомнѣнно. Ничего подобнаго вы не видѣли въ числѣ предвѣстниковъ черепномозговой гемиплегіи; на оборотъ эти явленія весьма часто предшествуютъ постояннымъ симптомамъ гистеріи: гемиплегіи и параплегіи. Брике не преминулъ указать на это обстоятельство; на его достаточно указалъ и Лэйкокъ, по крайней мѣрѣ, на столько, на сколько оно касается истерической параплегіи; онъ выражается по этому поводу въ слѣдующихъ выраженіяхъ: болѣе или менѣе выраженное паралитическое состояніе нижнихъ конечностей при гистеріи всегда сопровождается—онъ могъ бы придавить ему всегда—„предшествуетъ“ соотвѣтственная степень разстройства въ отправленіяхъ тазовыхъ органовъ; эти разстройства выражаются запорами, тимпанитомъ, параличемъ мочеваго пузыря, увеличеннымъ или уменьшеннымъ отдѣленіемъ мочи, раздраженіемъ яичниковъ или матки [6]).

г) Когда больная Этч. годъ тому поступила въ Сальпетріеръ (Іюнь, 1869), гемиплегія продолжалась у нея уже 7 или 8 лѣтъ. Независимо отъ всѣхъ, столь рѣзкихъ особенностей, которыя мы привели, уже одно состояніе парализованныхъ конечностей могло говорить въ пользу истерическаго происхожденія паралича. Такимъ образомъ, въ то время, когда верхняя конечность представляла полное разслабленіе и вялость, нижняя представляла въ колѣнномъ суставѣ весьма замѣтное сведеніе (контрактуру). Это явленіе представляло бы крайне рѣдкую аномалію, если бы дѣло шло о послѣдовательной гемиплегіи, вслѣдъ за страда-

[6]) Treatise on the nervous diseases of Women. London, 1840, стр. 240.

ніемъ мозга, потому что въ подобномъ случаѣ позднее сведеніе развивается преимущественно на верхней конечности.

д) Контрактура, которая сегодня занимаетъ верхнюю конечность, имѣетъ всего нѣсколько мѣсяцевъ давности; она развилась внезапно, безъ перехода, вслѣдствіе пароксизма судорогъ. Вамъ извѣстно, что поздняя контрактура при гемиплегіи, зависящей отъ кровоизліянія или размягченія мозга, наступаетъ не такимъ образомъ; обыкновенно въ такихъ случаяхъ контрактура устанавливается медленно, мало по малу.

Такимъ образомъ, Мм. Гг., принявъ въ соображеніе всѣ указанныя обстоятельства, нѣтъ ничего легче, какъ опредѣлить настоящую причину страданія у Этч. Тоже самое можно сказать и о слѣдующемъ случаѣ, въ которомъ мы имѣемъ дѣло съ истерической параплегіей [7]).

II.

Алб., 21 года, найденышъ, поражена, около двухъ лѣтъ тому, постояннымъ сведеніемъ нижнихъ конечностей, которыя, какъ вы можете въ томъ сами убѣдиться, находятся въ состояніи экстензіи и совершенно сведены. Подобно Этч.. и у этой больной мышечная сократительность не уменьшена. Члены всѣ исхудалы вообще; исхуданіе это зависитъ отъ почти неукротимыхъ припадковъ рвоты, которымъ подвержена больная и которые подрываютъ ея питаніе. Кромѣ того, у нея наблюдается почти полная аналгезія парализованныхъ членовъ. Слѣдующія обстоятельства дозволяютъ поставить несомнѣнную діагностику.

а) Алб... страдаетъ съ 16 возраста истерическими приступами; б) она уже втеченіи 4-хъ лѣтъ страдаетъ задержаніемъ мочи; в) весьма значительнымъ вздутіемъ живота; г) яичниковыя области болѣзненны при прижатіи; продолжая это эксплораціонное прижатіе нѣкоторое время, мы не замедлимъ вызвать истерическій приступъ; д) контрактура нижнихъ конечностей наступила вдругъ, безъ перехо-

---

[7]) Объ этой больной мы уже говорили въ лекціи XI, стр. 302.—Полную исторію ея болѣзни см. въ нашей статьѣ: Compte rendu des observations recueillies á la Salpêtrière, concernant l'épilepsie et l'hystéro-épilepsie (Б.).

да: на это обстоятельство мы уже указали въ предыдущемъ наблюденіи, между тѣмъ извѣстно, что подобные признаки не существуютъ при прогрессивномъ теченіи склероза боковыхъ канатиковъ.

III.

Я повторяю вамъ еще разъ, Мм. Гг., что эти два случая весьма легко разобрать клинически, относительно ихъ діагностики. Но вотъ обстоятельство въ этихъ самыхъ случаяхъ и въ другихъ подобныхъ имъ, которое порождаетъ затрудненія. Спрашивается—что станется съ этими двумя больными? Вотъ уже два или три года, какъ параличь съ контрактурой продолжается у нихъ безъ перерыва или послабленія. Разрѣшится ли когда нибудь эта контрактура, или же, напротивъ, она будетъ безконечно продолжаться, образуя такимъ образомъ неизлечимое страданіе? Вотъ вопросы, которые мы должны поставить, не принимая на себя, во всякомъ случаѣ, обязательства отвѣчать на нихъ категорическимъ образомъ.

А. Возможно, что не смотря на продолжительность этой контрактуры, она исчезнетъ когда нибудь безслѣдно, можетъ быть, завтра, чрезъ нѣсколько дней или чрезъ годъ; однако невозможно предрѣшать этого обстоятельство. *Во всякомъ случаѣ факты выздоровленія были наблюдаемы; это выздоровленіе можетъ наступить вдругъ* [8]). Съ сегодняшняго дня на слѣ-

[8]) Женщина можетъ быть прикованной къ постели, втеченіи нѣсколькихъ мѣсяцевъ; врачъ можетъ потерять всякую вѣру въ возможность ея выздоровленія и вдругъ, подъ вліяніемъ сильной нравственной причины, мы видимъ ее встающей съ постели, «no longer the victime of nerves, but the vanquisher„ какъ сказалъ Томасъ Карлейль, и начинающей ходить, какъ будто бы она никогда и не была поражена параплегіей. Это одинъ изъ исходовъ истерической параплегіи, который врачъ не долженъ терять изъ виду; онъ указываетъ ему на опасность объявлять этого рода страданія неизлечимыми (Th. Laycock, Treatise on the nervous Diseases of Women, London, 1840, стр. 289). (Примѣч. къ 1-му изданію).

Это предсказаніе оправдалось въ настоящемъ же году, на первой изъ двухъ больныхъ, къ которымъ относился намекъ, въ подчеркнутыхъ строкахъ этой лекціи (въ 1-мъ изданіи). Состояніе больной Этч.., 21 мая, можно было резюмировать слѣдующимъ образомъ: задержаніе мочи, продолжающееся 9 лѣтъ, съ приступами ишуріи; сведеніе правой нижней ко-

дующій все можетъ войти въ норму; если въ это время истерическій діатезъ изсякъ, то больныя возвращаются обществу.

Фиг. 23.

Фиг. 23.—Истерическая контрактура нижней правой конечности.

нечности, сведеніе членовъ правой стороны втеченіи 6 лѣтъ; сведеніе челюстей, продолжающееся около года, требующее употребленіе пищеводнаго зонда; невралгія, продолжающаяся уже 10 мѣсяцевъ. 22 мая, въ $7^1/_2$ часовъ, приступъ замѣчательный особенно стѣсненіемъ въ груди, сведеніемъ мышцъ на лѣвой сторонѣ шеи, которое смѣстило подбородокъ за лѣвое плечо. Больная не потеряла сознанія: она думаетъ, что умираетъ; она кричитъ, причемъ контрактура челюстей исчезаетъ. Она мечется, ее удерживаютъ; правой рукой, которой она начала владѣть, она оттолки-

По этому поводу, Мм. Гг., я не могу не сказать нѣсколько словъ о тѣхъ быстрыхъ, неожиданныхъ выздоровленіяхъ въ болѣзни, которая до того отличалась крайнимъ упорствомъ и сопротивленіемъ цѣлому арсеналу нашихъ терапевтическихъ средствъ. Сильное нравственное волненіе, совокупность событій, сильно поражающихъ воображеніе, появленіе давно изчезнувшихъ мѣсячныхъ отдѣленій и проч., служатъ часто причиной такихъ внезапныхъ исцѣленій.

Я вижу въ нашей больницѣ три случая подобнаго рода, которые я вамъ опишу вкратцѣ.

1) Въ первомъ случаѣ мы имѣли контрактуру нижней конечности (Фиг. 23), продолжавшуюся, по крайней мѣрѣ, четыре года. Вслѣдствіе дурнаго поведенія больной, я принужденъ былъ сдѣлать ей строгій выговоръ и объявить ей, что я ее выписываю изъ больницы. Начиная съ слѣдующаго дня, контрактура совершенно исчезла; этотъ случай тѣмъ замѣчательнѣе, что судорожная гистерія существовала только въ воспоминаніяхъ этой женщины. Втеченіи двухъ или трехъ лѣтъ, контрактура составляла единственное проявленіе тяжелаго невроза.

2) Второй случай равнымъ образомъ относится къ женщинѣ, пораженной контрактурой одного члена. Истерическіе припадки въ настоящемъ смыслѣ исчезли уже давно. Эту женщину обвиняли въ воровствѣ: два года существовавшая контрактура исчезла вдругъ, вслѣдствіе нравственнаго потрясенія, вызваннаго этимъ обвиненіемъ.

3) Въ третьемъ случаѣ, контрактура приняла гемиплегическую форму; она поразила правую сторону и особенно были выражена на верхней конечности. Исцѣленіе наступило почти внезапно, 18 мѣсяцевъ послѣ появленія контрактуры.

ваетъ всѣхъ ее удерживающихъ. Она хочетъ приблизиться къ окошку, чтобы свободнѣе дышать; такъ какъ ей препятствуютъ, то гнѣвъ ея увеличивается и подъ вліяніемъ его, контрактура правой ноги, затѣмъ лѣвой ноги, наконецъ лѣвой верхней конечности поочередно исчезаютъ. Больной не препятствуютъ встать; она идетъ сама; *въ 8 часовъ исцѣленіе ея полное* или, почти полное. Начиная съ слѣдующаго дня, выдѣленіе мочи сдѣлалось нормальнымъ; только по прошествіи нѣсколькихъ дней у больной осталась нѣкоторая крепитація въ суставахъ, преимущественно лѣвой нижней конечности, какъ слѣдъ бывшихъ сведеній. Въ концѣ концовъ и понынѣ эта крепитація съ суставахъ свидѣтельствуетъ о бывшихъ контрактурахъ въ нижнихъ конечностяхъ, да и она не особенно выражена, составляя единственный слѣдъ бывшей болѣзни (Б.). (Прим. ко 2-му изданію).

вслѣдствіе сильной досады. Въ это время не было анестезіи; больная сознавалась, что она страдала страшными нервными разстройствами, тѣмъ не менѣе отрицала существованіе настоящихъ истерическихъ приступовъ въ прошедшемъ.

Необходимо, Мм. Гг., знать возможность такихъ исцѣленій, которыя разглашаются, какъ чудо: одни только шарлатаны могутъ ихъ приписывать себѣ. До нашего столѣтія эти факты приводились въ подтвержденіе сверхъестественнаго вліянія въ терапіи предъ скептиками. Съ этой точки зрѣнія замѣчательна статья въ Revue de philosophie positive, 11 апрѣля, 1869, написанная Литтре [9]). Я намекаю на статью, озаглавленную: Un fragment de médecine retrospective (Miracles de St. Louis), въ которой приведены нѣсколько случаевъ излеченій отъ *паралича*. Три изъ этихъ случаевъ особенно интересны для насъ, по причинѣ точности подробностей. Они относятся къ еще молодымъ женщинамъ, внезапно пораженнымъ контрактурой нижней конечности, или обѣихъ конечностей одной стороны тѣла. Кромѣ того, больныя эти представляли значительную анестезію. Эти женщины выздоровѣли внезапно, среди обстоятельствъ, сильно подѣйствовавшихъ на ихъ воображеніе. Вы видите, Мм. Гг., что съ 18-го столѣтія немногое измѣнилось въ этомъ отношеніи [10]).

Б. Но если исцѣленіе этихъ больныхъ возможно и даже вѣроятно, оно не всегда имѣетъ мѣсто: такимъ образомъ случается, что контрактура не прекращается и должна быть отнесена къ неисцѣлимымъ страданіямъ. Это мнѣніе мнѣ не особенно трудно будетъ доказать. Но, замѣтьте, что у большинства авторовъ вы найдете только неопредѣленныя, невѣрныя и мало удовлетворительныя указанія.

а) Я представляю вамъ женщину, имѣющую 55 лѣтъ отъ роду, которая, 18 лѣтъ тому назадъ, поражена была параплегіей съ контрактурой, вслѣдствіе истерическаго пароксизма; главныя черты этой контрактуры вы можете распознать еще сегодня. Контрактура отъ времени до времени уменьшалась вначалѣ появленія этого страданія; но вотъ уже 16 лѣтъ, какъ

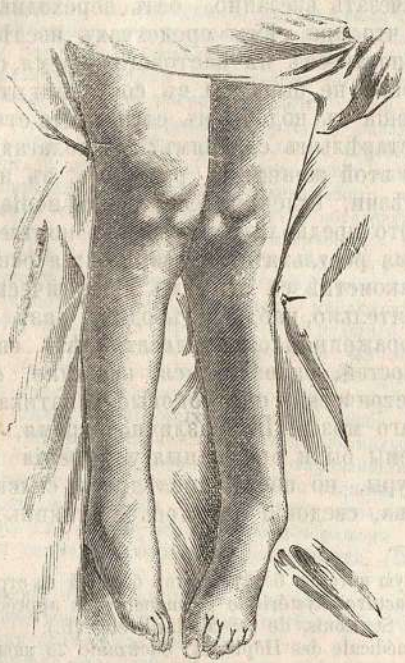
---

[9]) La philosophie positive, Revue, ets. t. V, 1869 стр. 105.

[10]) Мало измѣнилось потому, что многія изъ такихъ чудесныхъ исцѣленій, надѣлавшихъ много шума въ послѣднее время, мало отличались отъ упомянутыхъ. Въ этомъ можно будетъ убѣдиться изъ новаго сочиненія Дидэ,—Examen médical des miracles de Lourdes. Paris, 1873 (Б.).

она не нисколько измѣняется: здѣсь мы имѣемъ дѣло съ настоящимъ сведеніемъ мышцъ, при преобладающемъ дѣйствіи разгибателей и приводящихъ мышцъ, несмотря на 16 лѣтъ неподвижнаго положенія нижнихъ конечностей; связочный приборъ ихъ нигдѣ не подвергся измѣненіямъ и не служилъ причиной неподвижности конечностей: по крайней мѣрѣ, въ этомъ мы могли съ достовѣрностью убѣдиться на

Фаг. 24



Фиг. 24.—Истерическое сведеніе обѣихъ нижнихъ конечностей.

колѣнныхъ суставахъ во время хлороформированія больной. Одно только искривленіе стопъ, напоминающее pes equino varus (конская стопа съ выворотомъ ея внутрь) не измѣнялось во время сна, подъ вліяніемъ хлороформа. Мышцы нижнихъ конечностей значительно атрофированы; электросократительность

въ нихъ уменьшена. Гистерія, по видимому, изсякла въ ней уже нѣсколько лѣтъ, такъ что весьма вѣроятно, что уже ничто не измѣнитъ состоянія ея нижнихъ конечностей (фиг. 24) [11]).

б) Подъ вліяніемъ какихъ условій совершилась и продолжается эта параплегія съ контрактурой членовъ? Нѣтъ сомнѣнія, что въ свѣжихъ истерическихъ сведеніяхъ органическое измѣненіе, производившее ихъ, какой бы оно ни было природы и гдѣ бы оно ни было локализировано, должно быть весьма незначительнымъ или легкимъ, кромѣ того скоро преходящимъ, ибо соотвѣтствующіе ему признаки могутъ исчезать внезапно, безъ переходныхъ періодовъ. Несомнѣнно, что при тѣхъ средствахъ изслѣдованія, которыми мы располагаемъ въ настоящее время, самая тщательная некроскопія не была бы въ состояніи открыть слѣдовъ этихъ измѣненій въ подобномъ случаѣ. Но относится ли это также къ застарѣлымъ случаямъ? Я полагаю, что нѣтъ; я думаю, что у этой женщины развилось, въ извѣстномъ періодѣ ея болѣзни, склеротическое измѣненіе боковыхъ канатиковъ и это предположеніе можетъ подтвердиться въ настоящее время результатами вскрытія; я основываюсь при этомъ на знакомствѣ съ другимъ аналогическимъ случаемъ.

Я, дѣйствительно, наблюдалъ одинъ разъ у истерической женщины, пораженной около десяти лѣтъ сведеніемъ четырехъ конечностей, развившимся внезапно, склерозъ, занимавшій симметрически оба боковые канатика, почти во всю длину спиннаго мозга. Въ различное время, у этой женщины наблюдаемы были временныя улучшенія или исчезновенія контрактуры, но послѣ послѣдняго сильнаго истерическаго приступа, сведеніе осталось постояннымъ [12]).

---

[11]) См. полную исторію болѣзни этой больной на стр. 53 нашей работы: De la contracture hystérique permanente ou appréciation scientifique des miracles de St. Louis, de St. Médard, etc. (Б.).

[12]) Société médicale des Hôpitaux. Засѣданіе 25 января, 1875 г. Подобно тому, какъ иногда наблюдаютъ болѣзненное измѣненіе спиннаго мозга при истерической контрактурѣ, которое можно констатировать анатомически и разстройства зрѣнія могутъ иногда сопровождаться пораженіями дна глаза, распознаваемыми при помощи офтальмоскопа. Слушатель курсовъ въ Сальпетріеръ, А. Свиносъ собралъ въ своей диссертаціи всѣ наблюденія, относящіяся къ этому предмету (Des amblyopies et des amauroses hystériques, Paris, 1875, juillet). Онъ особенно пространно описалъ офтальмоскопическія явленія, изслѣдованныя имъ нѣсколько разъ у упомянутой уже нами больной Этч..

Изъ предыдущихъ фактовъ [13]), мы, безъ сомнѣнія, вправѣ извлечь нѣкоторые выводы, относящіеся къ патологической физіологіи истерической контрактуры. Вслѣдствіе приведенныхъ уже нами соображеній, боковые канатики, или, по крайней мѣрѣ, задняя ихъ часть — та, которая обусловливаетъ постоянную контрактуру въ случаяхъ склероза въ бляш-

---

Впродолженіи долгаго времени, у этой больной, о которой мы уже упоминали нѣсколько разъ, (см. лекцію IX, стр. 237; лекція XI, стр. 302), получались одни только отрицательные офтальмоскопическіе результаты при изслѣдованіи дна лѣваго глаза, однако при послѣднемъ изслѣдованіи 20 марта 1873 г., сдѣланномъ Галензовскимъ, найдены были слѣдующія измѣненія: 1) сосокъ зрительнаго нерва оказался на всей своей поверхности краснымъ; явленіе это было послѣдствіемъ капиллярной гипереміи: 2) *очертаніе зрительнаго бугорка* неясны, какъ бы затерты, вслѣдствіе *серознаго выпотѣнія*, которое распространяется и на сѣтчатку, вдоль сосудовъ; 3) главная вѣтвь центральной артеріи, развѣтвляющаяся въ нижней части сѣтчатой оболочки, представляетъ веретенообразное расширеніе, между тѣмъ возлѣ соска она представляется намъ въ состояніи спазматическаго сокращенія. По мнѣнію Галензовскаго, «мы имѣемъ основаніе предполагать, что всѣ эти разстройства обусловливаются въ однихъ мѣстахъ спазматическимъ сокращеніемъ артерій, а въ другихъ расширеніемъ ихъ. Отсюда произошли капиллярныя гипереміи на нѣкоторыхъ точкахъ и анемическія явленія на другихъ, что и вызвало серозное, околокапиллярное выпотѣніе». (Б.). См. также наблюденіе Бонъфуа въ Progrès médic. (1873, стр. 276). (Прим. къ 1-му изданію).

У всѣхъ больныхъ, пораженныхъ *истерической амбліопіей* и изслѣдованныхъ недавно Ландолемъ въ Сальпетріеръ, поле зрѣнія для бѣлаго цвѣта, а также для другихъ цвѣтовъ, оказалось концентрически съуженнымъ, даже въ случаяхъ, въ которыхъ острота зрѣнія и центральная воспріимчивость къ различнымъ цвѣтамъ были нормальными въ глазу, изъятомъ отъ анестезіи. Всѣ способности къ отправленіямъ въ сѣтчаткѣ больнаго глаза пропорціонально уменьшены. Что касается подробностей, относительно съуженія поля зрѣнія для цвѣтныхъ предметовъ у истерическихъ, см. таблицу IX, фиг. 2, въ которой изображены явленія, полученныя у Марк... и сопровождающія ихъ подробности. (Прим. ко 2-му изданію).

[13]) Къ наблюденіямъ, приведеннымъ Шарко, слѣдуетъ еще присоединить слѣдующее, заимствованное изъ его же отдѣленія въ Сальпетріеръ и во всѣхъ отношеніяхъ подтверждающее его ученіе.

Берта Ша... имѣющая отъ роду 18½ лѣтъ (іюль 1873 г.), страдала съ дѣтства до 12-го лѣтняго возраста кровотеченіями изъ носу, а именно постоянно изъ *правой ноздри*, съ 12-го лѣтъ до 15 головными болями, повторявшимися каждый мѣсяцъ. На 15-мъ году, безъ видимой причины и внѣ всякаго наслѣдственнаго вліянія, она вдругъ получила приступъ судорогъ съ потерею сознанія. Втеченіи 18-го года эти приступы сдѣлались гораздо болѣе частыми, послѣ того какъ на 16-мъ и 17-мъ годахъ они, хотя и имѣли мѣсто, но вообще рѣдко. Одни изъ этихъ приступовъ, относящіеся на долю простой гистеріи, появляются каждые 2—3 мѣсяца; другіе же, зависящіе отъ гистеро-эпилепсіи, правильно повторяются каж-

кахъ или пучкахъ, эти боковые канатики, повторяю я, принимаются за мѣсто локализаціи органическихъ измѣненій, вначалѣ временныхъ, но которыя впослѣдствіи обусловятъ происхожденіе истерическихъ контрактуръ. — Съ теченіемъ болѣе продолжительнаго времени, эти измѣненія, каковы бы они ни были, уступаютъ мѣсто болѣе глубокимъ матеріальнымъ измѣненіямъ: развивается настоящій склерозъ—можетъ быть, онъ еще можетъ уступить вліянію искуства, но, во всякомъ случаѣ, нельзя уже ожидать быстраго исчезновенія контрактуры, составляющей одинъ изъ самыхъ поразительныхъ признаковъ болѣзни, пока она не достигла самыхъ позднѣйшихъ періодовъ своего теченія.

Спрашивается: существуетъ ли какой нибудь признакъ, указывающій несомнѣнно на свойство случая, напр. на то — развился ли окончательно склерозъ въ боковыхъ канатикахъ? Я не думаю, Мм. Гг., чтобы мы располагали, хотя однимъ

дый мѣсяцъ. Появленіе регулъ (въ январѣ, 1873 г.), не имѣло никакаго замѣтнаго вліянія на частоту и свойство судорогъ.

Въ время поступленія своего въ Сальпетріеръ (въ сентябрѣ, 1872 г.), эта молодая дѣвушка представляла на правой сторонѣ: 1) полную геміанестезію; 2) гиперестезію яичника.

8 октября. Вслѣдствіе приступа, осложненнаго бредомъ и продолжавшагося около 12 часовъ, у больной развилась *контрактура правой нижней конечности* и искривленіе стопы — p. varo-equinus. Контрактура осложнилась почти постояннымъ дрожаніемъ (спинномозг. эпилепсія). Съ 11—25 октября, въ состояніи больной не наступило дальнѣйшихъ перемѣнъ, не смотря на появленіе гистеро-эпилептическихъ приступовъ.

30 октября, Судорожные пароксизмы съ преобладаніемъ гистеріи. Во время втораго пароксизма, лица, которыя держали больную изъ боязни, чтобъ она себѣ не нанесла поврежденія, замѣтили, что правая голень, которая до того была въ анестезіи, вдругъ согнулась и когда больная пришла въ сознаніе, то контрактура исчезла. Больная Ша... чувствовала послѣ того большую слабость правой нижней конечности, особенно въ сведенной кнутри стопѣ.

Ноябрь. Берта ходитъ, не хромая; правая стопа выворачивается иногда внутрь; кромѣ того иногда кончикъ стопы по временамъ задѣваетъ за лѣвую стопу; иногда въ правой ногѣ наступаетъ дрожаніе, продолжающееся отъ 5—6 минутъ, за которымъ слѣдуетъ родъ онѣмѣнія, продолжающагося вообще цѣлый день: „въ это время я не чувствую своей ноги“ говоритъ больная.

1873. Мышечная слабость прогрессивно уменьшилась. Нынѣ (8 іюля) Ша... чувствуетъ одинаковую силу, какъ на одной сторонѣ тѣла, такъ и на другой; геміанестезія и яичниковая боль не измѣнились. Этотъ фактъ указываетъ намъ еще разъ, что истерическій параличъ съ контрактурой могутъ исчезнуть, безъ помощи какого либо вмѣшательства (Б.).

абсолютновѣрнымъ признакомъ въ этомъ отношеніи, при настоящемъ состояніи науки.

Судорожныя подергиванія сведенныхъ конечностей, наступающія самопроизвольно (épilepsie spinale tonique), извѣстная степень вялости и разслабленія мышечныхъ массъ, уменьшеніе энергіи мышечной электросократительности, не должны насъ лишать окончательно надежды на полное и безслѣдное исчезновеніе контрактуры, на сколько я могу судить по своимъ наблюденіямъ. Напротивъ, ограниченная атрофія, рѣзко выраженная въ извѣстныхъ мышечныхъ группахъ, особенно если къ ней присоединяются сокращенія мышечныхъ волоконъ, подобныя тѣмъ, которыя наблюдаются при мышечной, прогрессивной атрофіи, или замѣтный упадокъ электросократительности, даютъ намъ основаніе предполагать, что не только боковые канатики подверглись глубокому болѣзненному измѣненію, но что процессъ этотъ захватилъ и *передніе рога сѣраго вещества*. До сихъ поръ я наблюдалъ такіе симптомы только въ случаяхъ чрезвычайно застарѣлой истерической контрактуры, при которыхъ уже потеряна всякая надежда на возстановленіе нормальныхъ отправленій въ пораженныхъ членахъ.

Я прибавлю, что мы имѣемъ право принять несомнѣнное существованіе болѣе или менѣе глубокаго спинномозговаго страданія, если несгибаемость сведенныхъ членовъ исчезаетъ только невполнѣ или очень медленно, даже въ наркозѣ, вызванномъ хлороформомъ.

По моему мнѣнію, пока эти признаки не выражены вполнѣ отчетливо, мы не должны отчаяваться въ успѣхѣ. Кромѣ того, слѣдуетъ помнить, что *боковой склерозъ*, даже развитый вполнѣ, не составляетъ неизлечимаго страданія. Я надѣюсь представить вамъ доказательства къ тому.

У больныхъ, которыхъ я вамъ представилъ, контрактура занимала, то цѣлую конечность, то двѣ или болѣе конечностей. Однакожъ бываютъ случаи, въ которыхъ спазматическое сведеніе ограничивается одною частью члена, напр. стопой, чѣмъ обусловливается развитіе *истерическаго искривленія стопы* (Talipedal distorsions Т. Лэйкока). Еще весьма недавно Р. Боддаръ сообщилъ въ медицинское общество въ Гентѣ [14]) (Gand) очень интересный случай этого рода. Контрактура вызвала искривленіе, извѣстное подъ именемъ

[14]) Annales de la soc. de médecine de Gand.

pes varus. Подобные же случаи были собраны и описаны д-ромъ Литлемъ, [15]) К. Беллемъ [16]) и Ф. К. Ски [17]) и другими.

Если бы меня не стѣсняли извѣстныя приличія, я могъ бы привести, въ свою очередь, исторію одного случая, весьма сходнаго съ случаемъ Боддара.

Мнѣ достаточно будетъ сообщить вамъ, что 22-лѣтняя молодая дѣвушка, чрезвычайно нервная и происходящая изъ семейства, подверженнаго преимущественно нервнымъ болѣзнямъ, была поражена 3 года тому, безъ предшествовавшихъ истерическихъ явленій, болѣзненной контрактурой мышцъ правой голени. Эта контрактура вызвала въ стопѣ характеристическое развитіе p. equino-vari; она нѣсколько разъ втеченіи перваго года уступала леченію; но вотъ уже два года, какъ эта контрактура приняла характеръ окончательный, постоянный (іюнь, 1870 г.).

Многія изъ мышцъ голени подверглись глубокой атрофіи; онѣ представляютъ явныя подергиванія волоконъ и слабо реагируютъ на электрическое раздраженіе. Поэтому я думаю, что здѣсь мало шансовъ на благопріятное разрѣшеніе контрактуры, тѣмъ болѣе, что она весьма мало уступаетъ и во снѣ, вызванномъ хлороформомъ. Я намѣчу вамъ еще одну особенность, весьма интересную, съ точки зрѣнія клинической; у этой молодой паціентки, истерическіе приступы появились только втеченіи послѣднихъ мѣсяцевъ.

---

[15]) A Treatise on the Nature and Treatment of club Foot and analog Distorsions, London. 1839 Case 25 (случай 25).

[16]) The nervous System of human Body, (3-е изданіе), 1836 Case 177 (случай 177).

[17]) Hysteria etc. Six Lectures dilivered to the Students of St. Bartholomew's Hospital. 1866, (3-е изд.), London, 1870, стр. 102.

ТРЕТЬЯ ЧАСТЬ

Гистерія—Гистеро-эпилепсія.

ЛЕКЦІЯ ТРИНАДЦАТАЯ.

ГИСТЕРО-ЭПИЛЕПСІЯ.

Содержаніе.—Гистеро-эпилепсія.—Смыслъ этого названія.—Мнѣнія авторовъ.—Эпилептивидная гистерія, гистерія съ смѣшанными явленіями.—Виды гистеро-эпилепсіи: гистеро-эпилепсія съ явно раздѣльными припадками.—Гистеро-эпилепсія съ осложненными явленіями или приступо-припадочная.—Различіе и сходство между эпилепсіей и гистеро-эпилепсіей.—Діагностическія данныя, получаемыя при изслѣдованіи температуры при гистеро-эпилептической серіи и эпилептической серіи припадковъ.—Эпилепсія: ея фазисы.—Клиническіе признаки гистеро-эпилепсіи.—Опасность нѣкоторыхъ исключительныхъ случаевъ гистеро-эпилепсіи.—Наблюденіе Вундерлиха.

Мм. Гг.

Въ послѣднихъ нашихъ лекціяхъ я представилъ краткое клиническое описаніе тѣхъ болѣзней, стараясь преимущественно очертить главнѣйшіе признаки судорожныхъ приступовъ, которыми онѣ сопровождаются.

Вы могли легко замѣтить, что здѣсь мы имѣемъ дѣло не съ простыми приступами, принимающими съ перваго же раза свой классическій типъ. Къ тому же, они различаются между собою не только силою, но и принимаемой ими формою; такъ что для наблюдателя, свидѣтеля такихъ приступовъ, остается отыскать въ клиническихъ судорогахъ гистеріи нѣкоторыя болѣе или менѣе выраженныя черты, напоминающія *эпилепсію.*

Дѣйствительно, судорожная форма наблюдаемая у всѣхъ этихъ женщинъ, есть именно та, которая въ послѣднее вре-

мя стала извѣстна подъ именемъ *гистеро-эпилепсіи*. Замѣтьте къ тому-же, что эта единственная форма, встрѣчаемая у нихъ. Такимъ образомъ, всѣ эти женщины не просто страдаютъ гистеріей—онѣ *гистеро-эпилептичны*. Чѣмъ отличаются онѣ отъ простыхъ истеричныхъ? Вотъ вопросъ, который требуетъ разрѣшенія, почему я и прошу васъ разсмотрѣть со мною нѣкоторыя подробности, сюда относящіяся.

I.

Придерживаясь уже одного названія, употребляемаго въ настоящее время,—*гистеро-эпилепсіи*, кажется, что здѣсь не можетъ существовать никакого недоразумѣнія. Это значитъ, что у больныхъ, одержимыхъ такимъ страданіемъ, гистерія является осложненной эпилепсіей, составляя такимъ образомъ смѣшанную форму, состоящую на половину изъ гистеріи и эпилепсіи. Спрашивается, однако, отвѣчаетъ-ли это названіе сущности предмета? При поверхностномъ осмотрѣ кажется, что это дѣйствительно такъ, тѣмъ болѣе что въ припадкахъ мы признали нѣкоторые изъ признаковъ эпилепсіи. Таково, по крайней мѣрѣ, мнѣніе большинства современныхъ авторовъ. Въ ихъ глазахъ гистеро-эпилепсія представляетъ цѣлую смѣсь, комбинацію въ различныхъ отношеніяхъ, смотря по даннымъ случаямъ, обоихъ неврозовъ; это не только эпилепсія или гистерія—это одновременно то и другое.

Таково, повторяю я, ученіе всего болѣе распространенное. Тѣмъ не менѣе однако оно принято далеко не всѣми; число противниковъ его очень многочисленно. Они отказываются признать законность подобнаго ученія, составляемаго на половину изъ эпилепсіи и на половину изъ гистеріи.

Правда, никто не отрицаетъ, что эпилепсія и гистерія могутъ встрѣчаться у одного и того же субъекта. Наблюденіе, даже самое поверхностное, протестовало бы противъ подобнаго увѣренія. Ничто также не уполномочиваетъ думать, что между обоими неврозами существуетъ какой либо антагонизмъ; мнѣ кажется возможнымъ допустить, хотя это и трудно допустить, что причиной, вызывающей одинъ неврозъ, вмѣстѣ съ тѣмъ вызывается предрасположеніе и къ другому. Но, говорятъ въ подобныхъ случаяхъ, судорожныя явленія являются отличными, раздѣльными, не вліяющими взаимно

другъ на друга и не смѣшивающимися между собою на столько, чтобы оправдать установленіе новой, смѣшанной, промежуточной, *гибридной* формы.

Однако, согласно этому мнѣнію, какое же значеніе имѣютъ тѣ припадки, существованіе которыхъ такъ отчетливо сказывается въ случаяхъ, лежащихъ въ основѣ нашихъ изслѣдованій, въ которыхъ явленія эпилепсіи сливаются съ обыкновенными припадками судорожной гистеріи.

Здѣсь гистерія является наружнымъ проявленіемъ болѣзни; ея нѣтъ въ основѣ страданій. Другими словами, въ этихъ случаяхъ, дѣло идетъ всегда единственно о гистеріи, принимающей видъ эпилепсіи. Названіе *эпилептической гистеріи* употребленное, если не ошибаюсь, впервые Луйе-Виллерме, всего лучше подходитъ для обозначенія этихъ смѣшанныхъ приступовъ. Судороги въ эпилептической формѣ появляются здѣсь, какъ и въ другихъ страданіяхъ нервной системы, въ видѣ прибавочнаго, побочнаго явленія, нисколько неизмѣняющаго самой сущности первичной болѣзни.

II.

Вотъ, Мм. Гг. положеніе, которое я принимаю вполнѣ; уже раньше оно разбиралось нѣкоторыми, очень компетентными авторами. Между ними я укажу на Тиссо, Дюбуа (изъ Амьена), Сандраса, Брике, которые въ этомъ отношеніи очень точны. «Приступы гистеріи, говоритъ Тиссо, иногда во многомъ очень сходны съ эпилепсіею. Благодаря этому, даже создали особенную форму гистеріи, подъ именемъ *эпилептивидной гистеріи*. Тѣмъ не менѣе приступы эти не имѣютъ истиннаго характера эпилепсіи. [1])"

Дюбуа (изъ Амьена) разсматриваетъ эпилептивидную гистерію, какъ гистерію, съ нѣсколько болѣе интензивными явленіями. [2]) Сандрасъ придерживается того же мнѣнія. [3])

Брике, написавшій по этому поводу сочиненіе, основанное на самомъ здравомъ наблюденіи, говоритъ, что этотъ родъ *гистеріи съ смѣшанными припадками* есть ничто иное, какъ особый видъ гистеріи, именно, очень сильный. Предсказаніе

[1]) Tissot,—Maladies de nerfs, t. IV, стр. 75.
[2]) См. Dunant,—De l'hystéro-épilepsie, стр. 11.
[3]) Sandras,—Maladies nerveuses t. I, стр. 205

при этомъ существенно не измѣняется; родъ причинъ, вызвавшихъ гистерію, исключительныя условія въ которыхъ находится паціентка, могутъ служить источникомъ видоизмѣненія самой формы припадковъ. Природа самой гистеріи существенно не измѣняется.

Потрудитесь замѣтить, Мм. Гг., что здѣсь вопросъ сводится не только на слова, сюда примѣшанъ вопросъ носографическій, а слѣдовательно онъ имѣетъ значеніе и для діагностики и предсказанія. Обстоятельства эти, надѣюсь достаточны, чтобы оправдать въ вашихъ глазахъ тѣ подробности, въ которыя я вынужденъ вдаваться, чтобы мои собственныя убѣжденія показались вамъ не бездоказательными и проникли въ ваше сознаніе.

III.

Посмотримъ, на чемъ основано господствующее мнѣніе. Гистерія и эпилепсія, говорятъ, могутъ сочетаться между собою самымъ различнымъ образомъ у одного и того же субъекта. Бо, занимавшійся въ этой больницѣ, на 276 больныхъ, нашелъ такое сочетаніе у 32. Сочетанія эти совершаются въ разнообразныхъ формахъ и распадаются на слѣдующія категоріи:

А. Въ первой группѣ истерическіе припадки и приступы эпилепсіи остаются совершенно раздѣльными, другъ отъ друга отличными. Ландузи предложилъ назвать эту форму *гистеро-эпилепсіей съ раздѣльными пароксизмами*. Это, Мм. Гг., случай самый частый, потому что на 32 случая, Бо насчиталъ ихъ 20. Видъ этотъ необходимо подраздѣлить на два подраздѣленія.

а) Эпилепсія составляетъ болѣзнь первичную; затѣмъ въ извѣстное время, т. е. всего чаще въ эпоху половой зрѣлости, подъ вліяніемъ извѣстныхъ причинъ и особенно нравственныхъ потрясеній, появляется и гистерія. Къ эпилепсіи присоединяется гистерія.

Одинъ случай Ландузи, приводимый Брике, заслуживаетъ быть упомянутымъ вкратцѣ. Молодая женщина, одержимая съ дѣтства припадками эпилепсіи, на 18-мъ году выходитъ замужъ. Въ скоромъ времени болѣзнь, которую она тщательно скрывала, появляется снова. Вслѣдствіе этого сильныя не-

удовольствія между супругами, которыя порождаютъ припадки, свойственные обоимъ неврозамъ, наступали совершенно отдѣльно и сохраняли, не вліяя другъ на друга, свои отличительные признаки. Сближеніе между супругами, происшедшее благодаря беременности жены, установило спокойствіе въ домашнемъ быту, а съ этимъ вмѣстѣ прекратились и истерическія явленія; эпилепсія однако продолжалась.

2) Иногда же эпилепсія слѣдуетъ за гистеріей. Случаи эти, какъ кажется, встрѣчаются гораздо рѣже, чѣмъ предыдущіе. Однако, Брике приводитъ одинъ, лично имъ видѣнный случай, гдѣ припадки являлись совершенно раздѣльными. У больныхъ этой категоріи, умственныя способности, съ теченіемъ времени, разстроиваются, несомнѣнно вслѣдствіе эпилепсіи.

3) Нужно еще упомянуть о нѣкоторыхъ сочетаніяхъ втораго разряда. Такъ: а) судорожная гистерія существуетъ одновременно съ неполнымъ эпилептическимъ припадкомъ (petit mal) (Бо, Дюнанъ); б) судорожная эпилепсія присоединяется къ нѣкоторымъ изъ явленій истерики безъ судорогъ (контрактура, анестезія и т. д.). Мы имѣемъ въ настоящее время случай подобнаго рода.

Но всѣ эти различныя сочетанія ничего не измѣняютъ въ сущности предмета. Всего чаще, оба страданія въ гистеро-эпилепсіи существуютъ одновременно и проявляются совершенно независимо одно отъ другаго, сохраняя свои особенности, какъ въ теченіи, такъ и по отношенію къ предсказанію. Относительно этого перваго вида гистеро-эпилепсіи, всѣ согласны между собою. Споръ относится по второму виду гистеро-эпилепсіи.

Б. Въ этомъ послѣднемъ случаѣ *гистерія и эпилепсія—ровестницы*: онѣ развивались одновременно. Припадки не бываютъ раздѣльными и никогда не были такими. Съ самаго начала слитіе обоихъ страданій—полное, и въ послѣдующихъ припадкахъ обѣ формы судорогъ являются совершенно слитыми, хотя и въ различныхъ степеняхъ, не оставаясь ни на одно мгновеніе совершенно раздѣльными.

Этому состоянію дали также названіе *гистеро-эпилепсіи съ слитыми приступами* (пароксизмами). Но на техническомъ языкѣ спеціальнаго отдѣленія Сальпетріера припадки въ подобныхъ случаяхъ извѣстны подъ именемъ приступопароксизмовъ (attaques-accès) или приступо-припадковъ.

IV.

Дѣйствительно ли существуетъ *эпилепсія* въ смѣшанныхъ пароксизмахъ? Вотъ вопросъ, который мы должны теперь разобрать. Для этого лучше всего взять описаніе гистеро-эпилепсіи, принятое авторами и разобрать его во всѣхъ отношеніяхъ. Я заимствую такое описаніе приступопароксизмовъ у Брике; оно, кажется, согласуется во всѣхъ отношеніяхъ съ результатами моихъ личныхъ наблюденій.

а) Вначалѣ, смѣшанный пароксизмъ принимаетъ собственный характеръ; съ этой минуты это эпилептивидная гистерія. Я напомню вамъ больную Этч..., которая, во время перваго приступа, упала въ огонь и обожгла лице [4]).

б) Всегда существуютъ предвѣстники, состоящіе изъ истерической *ауры* (дуновенія), которую мы описали выше. Аура эта, вообще довольно продолжительна и занимаетъ животъ, надчревную область и, во всякомъ случаѣ, не поражаетъ внезапно и исключительно одну только голову или же одну изъ конечностей, какъ то бываетъ при *aura epilepticа*. Поэтому мы совершенно основательно можемъ сказать, что гистеро-эпилептики съ смѣшанными припадками почти всегда предупреждаются заблаговременно, еще до развитія пароксизма; такъ что онѣ могутъ всегда принять извѣстныя мѣры, внушаемыя благоразуміемъ и принять соотвѣтственное положеніе, или найти убѣжище.

в) При судорожномъ приступѣ, картина обыкновенно открывается *такъ называемымъ эпилептическимъ періодомъ*. Внезапный крикъ, крайняя блѣдность, потеря сознанія, паденіе, искаженіе чертъ лица; затѣмъ тоническая тугоподвижность всѣхъ членовъ. Тугоподвижность эта, замѣтьте хорошенько, рѣдко сопровождается короткими клоническими судорогами, преобладающими на одной сторонѣ, какъ то бываетъ при настоящей эпилепсіи. Однако лицо можетъ быть сильно опухшимъ, фіолетовымъ; изо рта вытекаетъ пѣна, часто кровянистая, вслѣдствіе укушенія языка или губъ. Наконецъ можетъ наступить общее разслабленіе мышцъ

---

[4]) Здѣсь говорится о больной, о которой рѣчь была въ IX лекціи, стр. 237.

коматозное состояніе и втеченіи болѣе или менѣе долгаго времени—стерторозное дыханіе.

г) За этимъ первымъ періодомъ, который служитъ главнымъ образомъ предметомъ спора, слѣдуетъ *періодъ клоническій*. Съ этого момента все относится къ гистеріи; наступаютъ размашистыя движенія съ отпечаткомъ преднамѣренности, развиваются выворачиванія или извиванія тѣла, выражающія иногда самыя разнообразныя страсти: испугъ, ненависть и т. д. [5]); въ тоже время наступаетъ *пароксизмъ бреда*.

д) Конецъ приступа отмѣчается рыданіями, слезами, смѣхомъ и т. д.

Эти различные періоды не всегда чередуются въ такомъ правильномъ порядкѣ; они перепутываются между собою и тотъ или другой изъ нихъ преобладаетъ. У больной К... тоническій періодъ преобладаетъ надъ другими въ значительной степени и иногда является исключительно одинъ.

V.

Теперь, Мм. Гг., мы подходимъ къ самому щекотливому вопросу. Чѣмъ отличается эта гистерія съ смѣшанными припадками отъ обыкновенной гистеріи, если только она дѣйствительно отъ нея отличается? Въ чемъ заключается ея сходство съ истинной эпилепсіей, если необходимо установить такое сходство?

Появленіе судорогъ тоническаго типа не есть ли фактъ новый, не существующій въ классическихъ описаніяхъ обыкновенной гистеріи? Конечно, нѣтъ. Дѣйствительно, совсѣмъ не такъ рѣдко можно видѣть втеченіи приступа гистеріи—когда никому и въ голову не придетъ впутывать сюда эпилепсію—присоединеніе, особенно вначалѣ припадка, тоническихъ судорогъ съ эпилептическимъ характеромъ. Въ этомъ согласны всѣ авторы. Судороги этого рода бываютъ иногда до такой степени ясно выражены, что Брике вынужденъ былъ установить рядомъ съ приступомъ клонической или классической гистеріи—родъ другаго приступа, въ которомъ преобладаетъ *полутетаническая* твердость туловища и конечностей. Не вѣроятнѣе ли поэтому, что форма, называемая

[5]) См. выше фиг. 19, 20 и 21.

эпилептической, есть, собственно говоря, только высшее выраженіе, высшая степень развитія этого *вида* обыкновенной гистеріи?

VI.

Если, съ другой стороны, мы обратимся къ истинной эпилепсіи, то мы встрѣтимъ извѣстное число отличительныхъ признаковъ, которыми легко можно будетъ воспользоваться.

Мы должны прежде всего замѣтить, что, согласно приведенному описанію, типъ эпилепсіи въ приступо-пароксизмахъ является крайне неполнымъ, такъ сказать, только намѣченнымъ; правда, это не можетъ служить рѣшительнымъ доказательствомъ. Но вотъ болѣе существенный признакъ.

Никогда вы не найдете въ изложеніи гистеро-эпилепсіи съ смѣшанными припадками, описанія *малаго эпилептическаго припадка* (petit mal), ни *эпилептическаго головокруженія*. Мы можемъ прибавить къ этому еще, что составляетъ крайне важное отличіе,—что въ этой формѣ гистеро-эпилепсіи, даже самый сильный эпилептивидный припадокъ можетъ быть видоизмѣненъ, а, по нашимъ наблюденіямъ, иногда и совершенно остановленъ въ своемъ развитіи, посредствомъ *прижатія яичника*, что—въ чемъ мы многократно убѣждались—никогда не имѣетъ мѣста при настоящей эпилепсіи [6]).

Въ смѣшанныхъ приступахъ, если они повторяются даже очень часто, никогда — и это признается всѣми авторами—не присоединяются къ припадкамъ помраченіе разсудка и сумашествіе, что, напротивъ, почти роковымъ образомъ, неизбѣжно при настоящей эпилепсіи... Лучшимъ доказательствомъ служитъ больная Лер..., которая уже около 40 лѣтъ подвержена самой сильной эпилептивидной гистеріи. Безъ сомнѣнія, женщина эта нѣсколько странна, оригинальна въ своихъ движеніяхъ, но умственныя способности ея остались такими-же, какими были и раньше. Свѣденія, собранныя нами, не могутъ оставлять никакого сомнѣнія въ этомъ отношеніи [7]). Вообще, въ случаяхъ этого рода,

---

[6]) См. Лекц. XI, стр. 280.

[7]) Мы уже говорили объ этой больной, стр. 299.

какъ полагаетъ и Брике, предсказаніе не можетъ разниться отъ предсказанія при тяжелой формѣ гистеріи.

Изъ этихъ соображеній вытекаетъ послѣдовательно совершенно практическое заключеніе, на которое необходимо обратить ваше вниманіе.

Существуетъ наконецъ послѣдній признакъ, который я разскажу подробнѣе, тѣмъ болѣе что, сколько мнѣ извѣстно, до сихъ поръ о немъ не упоминалось, а онъ на мой взглядъ можетъ имѣть рѣшающее значеніе. Дѣло въ признакѣ, получаемомъ термометрическимъ изслѣдованіемъ. Я съ большою радостью пользуюсь удобнымъ случаемъ, чтобы новымъ примѣромъ показать вамъ, — какую выгоду можно извлечь изъ этого метода изслѣдованія въ болѣзняхъ нервной системы.

Однако, Мм. Гг., эпилептивидныя тоническія судороги истеричныхъ ничѣмъ не отличаются отъ судорогъ эпилептическаго припадка относительно разницы температурныхъ цыфръ. Каждый приступъ тонической гистеріи, какъ бы онъ ни былъ слабъ, повышаетъ температуру на одинъ градусъ, даже на одинъ градусъ и нѣсколько десятыхъ (38—38,5), совершенно также, какъ при эпилептическомъ припадкѣ. Это результатъ, точность котораго намъ пришлось провѣрить въ большомъ количествѣ случаевъ [8]).

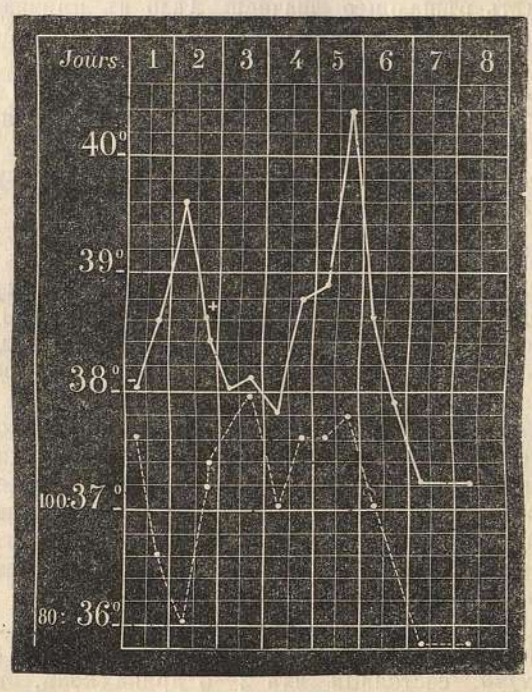
Но если по термическому характеру своему пароксизмы эпилептивидной гистеріи и эпилептическихъ припадковъ не разнятся между собою, то мы видимъ совершенно иное, когда имѣемъ предъ собой цѣлый рядъ приступовъ, смѣняющихся и сливающихся между собой до такой степени, что получается цѣлая *серія* ихъ или то, что при эпилепсіи называется *эпилептическимъ состояніемъ* (l'état de mal).

Къ тому же, въ этомъ *эпилептическомъ состояніи* эпилептиковъ слѣдуетъ отличать такъ называемыя *малыя эпилептическія серіи*, состоящія изъ 2—6 припадковъ, отъ *большихъ серій*, гдѣ втеченіи 24 часовъ насчитывается 20, 30 и даже болѣе припадковъ. Я займусь исключительно этими послѣдними, потому что явленіе, на которое я хочу указать, представляетъ тутъ свой полнѣйшій типъ развитія. Въ подобномъ случаѣ, Мм. Гг., т. е. когда эпилептическіе припадки въ короткое время повторяются въ большомъ коли-

[8]) Bourneville. Etudes cliniques et thermométriques sur les maladies du système nerveux. стр. 247.

чествѣ, внутренняя температура повышается крайне замѣтно; очень вѣроятно, что повышеніе это не можетъ быть приписано исключительно повторенію припадковъ, а тѣмъ болѣе интензивности тоническихъ сокращеній мышцъ, потому что судороги могутъ совершенно прекратиться на нѣсколько дней и тѣмъ не менѣе температура втеченіи этого времени мо-

Фиг. 25.



Фиг. 25.—Температура, полученная нѣсколько позже приступа, съ 1-го дня (вечеръ) на 2-ой (утромъ); 31 припадокъ.—Температура, послѣ 4-хъ часовой ремиссіи. Начиная съ этого времени, припадки дѣлаются рѣже и прекращаются на 3-й день. Пунктированная линія соотвѣтствуетъ пульсу.

жетъ держаться на той же высотѣ. Мы можемъ узнать и прослѣдить эту особенность на таблицѣ, которую я вамъ представляю, которая показываетъ измѣненія температуры, у больной Шев.., втеченіи *эпилептической серіи*, недавно бывшей у этой послѣдней (фиг. 25).

Однако необходимо помнить, что это повышеніе температуры, въ большинствѣ случаевъ, даже послѣ полнаго прекращенія судорогъ, служитъ самымъ дурнымъ предзнаменованіемъ; къ тому же оно сопровождается общимъ неблагопріятнымъ состояніемъ, которое само по себѣ вызываетъ тревожныя опасенія; иногда существуетъ болѣе или менѣе явный бредъ, который Деласіовъ относитъ *къ гипереміи мозговыхъ* оболочекъ; иногда, на оборотъ, болѣе или менѣе глубокое коматозное состояніе—*апоплективидная конгестія* (приливъ) авторовъ;—въ обоихъ случаяхъ упадокъ силъ, сухость языка, наклонность къ быстрому образованію пролежней въ крестцовой области, наконецъ появленіе преходящей гемиплегіи, причина которой пока еще не объяснена вскрытіемъ. Однако, на что очень важно указать, это повышеніе температуры, если она даже переходитъ за 41° и сопровождается вышепомянутыми тяжелыми припадками, не есть *неизбѣжно* признакъ смертельнаго исхода. Вы видите на больной Шев..., что, не смотря на всѣ эти неблагопріятныя обстоятельства, излеченіе ея еще возможно. Такимъ образомъ, повышеніе температуры выше 41°, не можетъ быть, въ подобномъ случаѣ, *неизбѣжно смертельнымъ явленіемъ*; поэтому нельзя считать непреложнымъ мнѣнія, высказанныя по этому поводу сначала Вундерлихомъ, а затѣмъ Эрбомъ [9]).

---

[9]) Названная Шев. находилась у насъ подъ наблюденіемъ и подробно помѣчена до 26-го марта, 1872 г. (См. Etudes cliniques et therm. sur les maladies du systeme nerveux (Obs. XXXIII, стр. 285). Съ этого времени съ ней были новые припадки, повлекшіе за собой смерть. Мы находимъ, что будетъ не безполезно привести здѣсь это наблюденіе, потому что, пополняя старыя наблюденія, оно въ тоже время подтверждаетъ мнѣніе, высказанное Шарко въ этой лекціи.

1873.— 9 февр. Уже около недѣли Шев· возбуждена и раздражительна. По временамъ она дѣлается буйной, такъ что мы вынуждены бываемъ ее привязывать (маніакальное возбужденіе).

10 февр. Въ предшествующую ночь возбужденіе еще усилилось. Ш. своими криками мѣшала спать другимъ больнымъ. Однако съ 3 часовъ утра она успокоилась. Втеченіи ночи было три припадка. Съ 1-го часу до 3 часовъ пополудни припадки участились. Въ 3 часа: П. 104; Т. 38,6° К°.

11 февр. Вчера отъ 1—9 ч. вечера было насчитано 43 припадка; съ этого времени до 7 ч. утра 70 припадковъ. Съ 7 ч. до 11 ч., время, въ которое была сдѣлана настоящая помѣтка,—35 припадковъ. Вотъ описаніе этихъ припадковъ:

Секундъ за пять или шесть до ихъ наступленія, зрачки, особенно правый, сильно расширяются. Къ этому явленію присоединяются иногда легкія жалобы, скрежетъ зубовъ и, какъ исключеніе, легкій крикъ. Затѣмъ наступаетъ припадокъ: глазныя яблоки подвергаются сильному дрожанію

Мимоходомъ, я долженъ напомнить вамъ, что это быстрое повышеніе температуры не принадлежитъ одному только эпилептическому, припадочному состоянію (l'état de mal épileptique), оно наблюдается также напр. въ такъ называемыхъ конгестивныхъ, апоплективидныхъ или эпилептивидныхъ приступахъ, при общемъ прогрессивномъ параличѣ, какъ то впервые показалъ Вестфаль, который однако далъ этому факту объясненіе, мало соотвѣтствующее дѣйствительно-

---

(nystagmus), лицо блѣднѣетъ и перекашивается направо; взглядъ прежде неподвижный и обращенный прямо впередъ устремленъ налѣво; соотвѣтствующая рука подымается, затѣмъ цѣпенѣетъ въ этомъ положеніи, въ тоже время правая рука упирается въ кровать. Затѣмъ тетаническое сведеніе достигаетъ нижнихъ конечностей. Черезъ нѣсколько секундъ замѣчается закрытіе лѣвыхъ вѣкъ, которыя, какъ и мышцы правой стороны лица, подвержены быстрымъ судорогамъ.

10—15 секундъ позже, лицо и глаза поворачиваются вправо; туловище наклоняется въ томъ же направленіи; лѣвыя вѣки полуоткрыты и почти неподвижны; но взамѣнъ этого начинаются судороги правыхъ вѣкъ и мышцъ той же стороны лица. Ротъ сначала перекошенный влѣво, перекошивается вправо. Клоническія судороги, появившіяся втеченіи этого времени и сначала занимавшія конечности лѣвой стороны, теперь преобладаютъ на правой.

Наконецъ припадокъ кончается хрипѣніемъ, мертвенною блѣдностью лица и пѣной у рта. Къ концу припадка зрачки принимаютъ свой нормальный размѣръ.

Во время ремиссій, больная находится въ полномъ разслабленіи. Будучи подняты, члены больной падаютъ. Энергичное щипаніе производитъ легкое приподнятіе лѣвой руки, правая не отвѣчаетъ на раздраженіе. Щекотаніе пятки вызываетъ болѣе сильныя рефлекторныя движенія съ лѣвой, чѣмъ съ правой стороны. Тогда какъ на правомъ глазу не замѣчается никакой инъекціи, на лѣвомъ, именно въ нижней половинѣ глазнаго яблока, существуетъ значительная гиперемія и нѣсколько меньшая васкуляризація нижняго вѣка. Ноздри засохшія. Пищеводъ не представляетъ ничего особеннаго; вчера, послѣ промывательнаго, больная имѣла стулъ; Ш. мочится подъ себя. Эриматематозное пятно на лѣвой ягодицѣ. Обильный потъ, по временамъ усиливающійся; въ 11 час. П. 120. Д. 49, шумное; Т. въ пр. кишкѣ—40,8°; Въ полдень П. 130; Дых. 60.

6 часовъ вечера. Въ 11 час. утра записано 76 припадковъ, изъ которыхъ 13 съ 4½ часовъ. Д. 60; Т. въ пр. кишкѣ 41,3° К. Обильный потъ по всему тѣлу, безъ различія сторонъ. Вся лѣвая сторона тѣла (лицо, туловище и т. д.) представляется нѣсколько теплѣе правой.

Вѣки полуоткрыты; глаза закатились кверху, зрачки нѣсколько расширены (справа нѣсколько больше).

Предъ каждымъ приступомъ *расширеніе зрачковъ* усиливается замѣтнымъ образомъ. Кажется, что одновременно съ этимъ появляется и nystagmus. Ни рвоты, ни испражненій, ни мочи. Коматозное состояніе. Стерторозное дыханіе.

8 часовъ. П...Д. 70; Т. въ пр. К.—41,2° *Четырнадцать припадковъ.* На-

сти [10]). Оно наблюдается также при приступахъ, крайне сходныхъ съ предшествующими, втеченіи склероза въ бляшкахъ [11]) и наконецъ при приступахъ, съ судорогами или безъ оныхъ, въ случаяхъ стараго гнѣзднаго мозговаго процесса (геморрагія и размягченіе), или же опухоли мозга, какой природы она бы ни была. Это повышеніе температуры замѣчательно противуположно тому первоначальному пониженію ея, которое замѣчается въ моментъ образованія геморрагическаго мозговаго гнѣзда и это, какъ я вамъ показалъ, можетъ служить крайне полезнымъ признакомъ при распознаваніи.

Однако пора обратиться вновь къ эпилептивидной гистеріи, отъ которой насъ отвлекло нѣсколько это отступленіе.

чиная съ этого времени у больной припадковъ уже не было. Она умерла въ 3 часа дня. Температура in vagina, измѣренная другимъ лицомъ, была 41,2°; въ 11 часовъ утра, 11 февр., т. е. 8 часовъ послѣ смерти—Т. въ прямой кишкѣ 40,0% (Трупъ оставался въ постели). Зрачки слегка расширены, но въ одинаковой степени. Многочисленныя красныя пятна на животѣ, спинѣ, ягодицахъ и бедрахъ.

Вскрытіе.—18 февраля. *Кости, твердая мозговая оболочка* и ея пазуха не представляютъ ничего ненормальнаго. Количество *мозговой жидкости* не увеличено. Кровяные подтеки на выпуклой поверхности полушарій, особенно справа.—Артеріи основанія мозга совершенно здоровы.—*Мозгъ*, 1,360 гр.—*Pia mater* слегка инъецирована на основаніи мозга. Налитіе это болѣе выражено на уровнѣ нижней сфероидальной доли. Однако съ обѣихъ сторонъ мягкая оболочка сдирается легко; мозгъ равномѣрно влаженъ.

Правое полушаріе вѣситъ на 5 грм. болѣе, чѣмъ лѣвое. Нѣкоторыя извилины, преимущественно сосѣднія съ Сильвіевой бороздой, окрашены въ красноватый цвѣтъ (цвѣтъ гортензіи), на нихъ замѣтны небольшія разрыхленія, нѣкоторыя представляются съ мелкими крапинками. Извилины Аммоніева рога представляетъ замѣтное отвердѣніе. Отвердѣніе, продолжающееся извнутрь по длинѣ рога, преобладаетъ на его оконечности. *Лѣвое полушаріе.* Извилина Аммоніева рога представляетъ менѣе ясное отвердѣніе и болѣе ограниченное на его оконечности. Мозжечекъ, Вароліевъ мостъ нормальны.

Спинной мозгъ. Сѣрое вещество невооруженному глазу является нѣсколько измѣненнымъ.

Грудная полость. Довольно сильный отекъ нижней половины легкихъ. Къ тому же въ нижней длинѣ находится гнѣздо красной гепатизаціи новѣйшаго происхожденія.—*Сердце, желудокъ, селезенка*, нормальны, безъ экхимозъ.—*Печень* не гиперемирована. — *Почки*—анемія кортикальнаго слоя; пирамиды различаются ясно.—*Пузырь* не представляетъ ничего ненормальнаго —*Матка* довольно значительная; въ одномъ изъ яичниковъ желтое тѣло недавняго происхожденія; небольшія кисты на другомъ. (Б.).

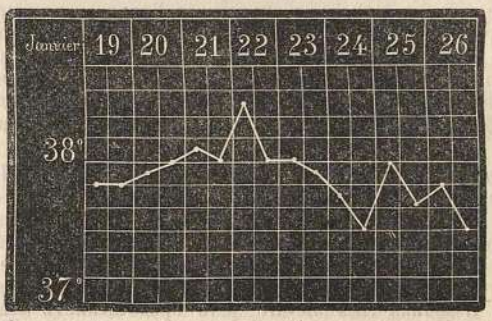
[10]) Westp. al, loc. cit.

[11]) См. VIII Лекц.

Какъ и при настоящей эпилепсіи, сложные припадки наблюдаются и при гистеро-эпилепсіи. Ландузи говоритъ объ одной истерической, у которой въ день бывало до 100 припадковъ. Къ тому же *гистеро-эпилептическая серія* можетъ продолжаться довольно значительное время. Жорже приводитъ наблюденіе надъ одной больной, у которой припадки продолжались, почти безъ перерыва, втеченіи сорока пяти дней.

У нашей больной Ко. . . припадки которой носятъ столь ясный и преобладающій эпилептивидный характеръ, *припадочное состояніе продолжалось болѣе двухъ мѣсяцевъ* и по временамъ они достигали крайней интензивности. Такъ между прочимъ 22 Января, эпилептивидныя судороги слѣдовали безпрерывно одна за другой—отъ девяти часовъ утра до восьми вечера; отъ восьми до девяти наступилъ небольшой перерывъ, затѣмъ припадки, нисколько не ослабѣвая, продолжались почти столько же времени. Можно приблизительно и нисколько не прибавляя считать, что такихъ припадковъ за это время было отъ 150—200 въ день.

Фиг. 26.



Продолжительность такого состоянія безъ смертельнаго исхода не показываетъ ли уже, что цѣлая пропасть отдѣляетъ настоящую эпилепсію отъ гистеро-эпилепсіи? „Если бы это была не гистерія“ говорили сидѣлки, свидѣтельницы припадковъ больной Ко . . ., привычныя къ такого рода больнымъ, а настоящая эпилепсія, эта больная давно уже погибла бы.“ Замѣчаніе это крайне основательно, крайне логично.

Но вотъ, Мм. Гг. пунктъ который я особенно ставлю вамъ на видъ: ни разу втеченіи этого длиннаго періода

судорогъ, *температура въ прямой кишкѣ* у больной Ко . . . значительно не измѣнялась; среднимъ числомъ она равнялась 37,8°;—до 38,5° она поднялась совершенно исключительнымъ образомъ и вскорѣ упала (фиг. 26). Я долженъ прибавить также, что ни разу втеченіи этого времени, общее состояніе больной не внушало намъ опасеній, несмотря на то, что питаніе было недостаточно, а утрата мышечныхъ силъ громадна. Съ другой стороны, состояніе умственныхъ способностей не было на столько измѣнено, какъ то неизбѣжно бываетъ, если мы имѣемъ дѣло съ настоящей эпилепсій. Ни разу не было непроизвольнаго мочеиспусканія или же испражненія. Въ короткіе промежутки, между припадками, больная вставала, чтобъ удовлетворять своимъ потребностямъ. И въ эти, къ тому же короткіе, промежутки природа самаго страданія сказывалась совершенно ясно, въ особенности въ первыя недѣли. Цвѣтокъ въ волосахъ, странныя прически, кусокъ стараго зеркала, помѣщенный у изголовья кровати, достаточно ясно свидѣтельствовали о любимыхъ занятіяхъ этой женщины въ спокойномъ состояніи.

Но я хочу прежде всего обратить ваше вниманіе на термологическій признакъ, который указало намъ наблюденіе. Изъ всего сказаннаго выше вытекаетъ, что въ *серіи эпилептическихъ припадковъ*, температура подымается очень быстро и очень высоко, когда общее состояніе дѣлается очень опаснымъ. Въ серіяхъ *гистеро-эпилептическихъ пароксизмовъ* съ длиннымъ рядомъ приступовъ на оборотъ, температура рѣдко переходитъ за нормальную цыфру и къ тому же сопутствующее общее состояніе рѣдко внушаетъ опасенія. Я думаю, что нѣтъ необходимости болѣе настаивать на этой поразительной противуположности.

Однако, Мм. Гг. я не желалъ бы, чтобы приняли буквально мое послѣднее положеніе. Безъ сомнѣнія, въ дѣйствительности оно приложимо къ большинству случаевъ, но бываютъ и исключенія. Въ самомъ дѣлѣ, бываютъ случаи, что гистерія, втеченіи судорожнаго періода, оканчивается смертью. Правда, это всегда припадки особаго рода,—припадки затрудненнаго дыханія, которые и влекутъ за собою смертельный исходъ [12]); но, повторяю еще разъ, и припадки судорогъ сами по себѣ могутъ повести къ тому же исходу. Примѣ-

[12]) Briquet, loc. cit. стр. 383 и 538.

ромъ этого рода я могу привести вамъ случай, опубликованный Вундерлихомъ. [13]) Послѣдній сообщаетъ случай гистеро-эпилепсіи во многихъ отношеніяхъ сходный съ тѣмъ, о которомъ я говорилъ. Втеченіи двухъ мѣсяцевъ больная испытывала эпилептивидные припадки, къ тому же въ ограниченномъ числѣ и безъ замѣтнаго повышенія температуры, безъ всякой видимой причины, безъ присоединенія какихъ либо новыхъ явленій; за два дня до смерти, картина совершенно измѣнилась: больная впала въ collapsus и въ короткій промежутокъ времени температура поднялась до 43°.

---

[13]) Вотъ наблюденіе Вундерлиха, на которое указываетъ Шарко:

Наблюденіе. — *Втеченіи восьми недѣль истерическія судороги съ апиретическимъ теченіемъ и безъ видимой опасности;—неблагопріятный поворотъ, однако безъ усиленія судорогъ. Смерть черезъ нѣсколько часовъ съ повышеніемъ температуры до 43°* Ц.

Вскрытіе.—Анна Фогель, 19 лѣтъ, служанка, втеченіи послѣднихъ 14 дней имѣвшая два раза регулы, до начала болѣзни была совершенно здорова. Въ первый разъ имѣла судороги послѣ полученнаго ею сильнаго выговора—13 августа 1855 г. судороги эти затѣмъ повторились 17-го вечеромъ и 18-го утромъ и продолжались всю ночь съ 18-го на 19-е почти безъ перерыва. Поступивъ въ больницу 19-го въ полдень, она въ полночь получила подергиванія въ верхней конечности, которая была парализована, но сохранила свою чувствительность; затѣмъ ею овладѣло чувство боязни, она испустила легкій крикъ, послѣ чего сначала въ лѣвой, а потомъ и въ правой сторонѣ лица начались судороги. Ротъ открытъ, вѣки попеременно то открыты, то закрыты; глазное яблоко сильно закатилось кверху. Затѣмъ послѣдовали сильныя и быстрыя клоническія судороги въ нижнихъ конечностяхъ и тазу, подбрасывавшія эти части то впереди, то кзади, то въ сторону. Лицо сдѣлалось ціанотическимъ; пѣна у рта. Черезъ минуту глубокое и шейное дыханіе; разслабленіе мышцъ лица и конечностей. Затѣмъ кажущійся спокойный сонъ; наконецъ зѣвота и черезъ шесть минутъ возвращеніе сознанія.

Общее состояніе больной удовлетворительно: языкъ мало измѣненъ; Т. 38,12°, П. 140 (послѣ припадка); ничего ненормальнаго. Больная жалуется только на невладѣніе лѣвой верхней конечностью и проситъ не трогать ее, потому что иначе появятся судороги. Тѣмъ не менѣе однако она крѣпко сжимаетъ руку лѣвой рукой.

Въ ночь съ 19-го на 20-е, шесть припадковъ, а 20-го числа 7. Къ мочѣ бѣлка нѣтъ; сильный мочевой осадокъ. Языкъ измѣненъ Т. утр. и веч. 38, 12; П. 132; Д. 24—32. Въ ночь съ 20-го на 21—7 припадковъ, до утра 22 числа—13. Т. 37,76.; испражненія нормальны. Небольшое количество бѣлка въ мочѣ.

Въ слѣдующіе дни отъ 8—16 припадковъ въ день. Общее состояніе однако сносно; нѣтъ замѣтнаго повышенія температуры (всего чаще нормальная, рѣже выше 38,12, и только одинъ вечеръ 38,75°; пульсъ обыкновенно выше 112; языкъ измѣненъ. 16-го сильной миліатозное высыпаніе въ видѣ пузырьковъ на концахъ пальцевъ. Моча обильна фосфатами, безъ бѣлка. Во время припадка больная или теряетъ сознаніе, или сохраняетъ

Этотъ примѣръ достаточно убѣдитъ васъ, Мм. Гг., что въ присутствіи случая гистеро-эпилептической серіи пароксизмовъ извѣстной силы, мы не должны предаваться слишкомъ большому оптимизму, не смотря на всѣ шансы въ пользу благопріятнаго исхода.

его, иногда сильно кричитъ. Чувствительность въ лѣвой верхней конечности и ногѣ остается попрежнему.

7-го сентября. Припадки дѣлаются болѣе частыми и продолжаются нѣсколько дней безпрерывно. Во время припадка она часто разговариваетъ и кричитъ. Частыя испражненія мочи и фекальныхъ массъ подъ себя въ постели. Улучшеніе, затѣмъ неподвижное общее состояніе больной до 2-го октября вечеромъ, когда у больнаго наступилъ явный упадокъ силъ. Въ ночь на 3-е октября не было особенныхъ приступовъ. Утромъ сильное дрожаніе верхнихъ конечностей, strabismus divergens; голова нѣсколько склонена напередъ и влѣво, больная въ сознаніи, легкій ціанозъ; начиная съ 10 часовъ не можетъ уже глотать; въ полдень—trismus; въ часъ $^3/_4$ по полудни, сильныя судороги, не распространяющіяся на голову; пульсъ очень частый; температура 41°87; сильный ціанозъ, пѣна у рта, хрипѣніе въ бронхахъ. Смерть въ 2 часа; температура 43. Четверть часа спустя температура 42;75.

Вскрытіе. — Тѣло сохранило хорошее питаніе; большія трупныя пятна на низко лежащихъ частяхъ; отсутствіе трупнаго окоченѣнія. Черепъ и мозгъ гиперемированы. *Заднія* извилины мозга нѣсколько приплюснуты; мозговое вещество нѣсколько твердо. Легкое утолщеніе и помутнѣніе *мягкой оболочки* у основанія мозга, мозговыя полости сохранили нормальную емкость, стѣнки ихъ имѣютъ обыкновенную консистенцію. *Вароліевъ* мостъ и *продолговатый мозгъ* налиты красносѣроватой кровью грязнаго цвѣта. *Легкія* переполнены кровью и отечны. *Сердце* нормально; *печень* въ жировомъ перерожденіи, мѣстами безкровна; желчь жидка и темнокоричневаго цвѣта; *селезенка* мала, разрыхлена, блѣднокоричневаго цвѣта, малокровна. *Почки* сильно налиты кровью; въ одной лоханочкѣ лѣвой почки конкрементъ—объемомъ въ половину горошины.—*Матка* нормальна; многочисленныя *кисты*, величиною въ горошину, въ яичникахъ. (Wunderlich, Arch. d. Heilkunde, t. V, стр. 210).

ПРИБАВЛЕНІЕ.

Наблюденіе одного случая дрожательнаго паралича.

(см. рис. таблицы VIII, представляющій характерную позу больныхъ, одержимыхъ дрожательнымъ параличемъ).

Предварительныя свѣденія.—Вѣроятная причина дрожательнаго паралича. — Начало; слабость, постепенно развивающаяся въ членахъ. Дрожаніе головы, а затѣмъ членовъ.

Состояніе больной въ 1874 г. Общее положеніе тѣла; дрожаніе; походка, стремленіе къ движенію впередъ и назадъ; температура, пульсъ и проч.

Измѣненія, наступившія въ болѣзни съ іюля 1874 по іюль 1875 г.

Марія Анна Гавр...., 62 лѣтъ, занималась торговлей, принята въ Сальпетріеръ 31 декабря 1872, поступила въ отдѣленіе Шарко, въ палату св. Александра, № 3, 12 ноября, 1873 г.

Предварительныя свѣдѣнія.—Ея *отецъ* плотникъ, умеръ, когда больной было 12 лѣтъ отъ роду. *Мать* ея, умершая на 74 году жизни, нервная женщина, не страдала, ни параличемъ, ни дрожаніемъ. Единственная *сестра* ея умерла отъ плеврита на 40-мъ году. Сколько больной извѣстно, ни одинъ членъ ея семейства не страдалъ ни нервными болѣзнями вообще, ни дрожаніемъ.

Гавр. привезена въ Парижъ на 4-мъ году жизни. Дѣтство ея прошло безмятежно. Регулы у нея наступили на 14-мъ году жизни. За мужъ она вышла на 28 году и имѣла 5 дѣтей. Ея беременность и роды были всегда благопріятны. Изъ ея дѣтей, старшій на 35-мъ году умеръ во время коммуны; 2-й и 3-й сыновья здоровы; 4-е дитя—дочь, достигла уже 28 лѣтъ; страдаетъ, хотя и рѣдкими, нервными припадками;—5-е дитя умерло во время родовъ.

Наша больная увѣряетъ, что она никогда не страдала серьезной болѣзнью, такимъ образомъ у нея не было ни ревматизма, ни хорея. Хотя она 13 лѣтъ продавала спиртные напитки, она никогда не предавалась ихъ употребленію. Жила всегда въ здоровой квартирѣ, на солнечной сторонѣ. Въ семейномъ быту была счастлива и не подвергалась никакимъ лишеніямъ.

Начало болѣзни. Признаки болѣзни появились у нея въ 1868 г., при слѣдующихъ обстоятельствахъ. Третій сынъ пришелъ къ ней и объявилъ, что поступаетъ въ солдаты. Это извѣстіе ее крайне огорчило, она много плакала, а на слѣдующій день замѣтила, что

ея правая рука ослабѣла. Скоро таже слабость показалась и въ лѣвой рукѣ, затѣмъ въ правой ногѣ и одновременно въ лѣвой. Ночью она стала замѣчать въ ногахъ судороги, которыя заставляли ее кричать. Затѣмъ стала чувствовать слабость въ поясницѣ. При своемъ вступленіи въ больницу, она была менѣе слабой, чѣмъ въ настоящее время (8 іюля 1874). Дрожаніе показалось въ членахъ въ 1873 г., вначалѣ на правой верхней конечности. Въ этоже время она замѣтила, что ее *тянетъ назадъ*. Однажды, оступившись, она замѣтила что ее увлекло, *помимо ея воли*, назадъ.

Настоящее состояніе (8 іюля, 1874). Общее положеніе ея тѣла соотвѣтствуетъ тому, которое Шарко описалъ въ своей V лекціи (стр. 147); оно съ точностью изображено на рисункѣ табл. VIII, исполненномъ Рише. Туловище и голова наклонены напередъ; шея вытянута, можно бы сказать, что голова прикрѣплена на ней на негибкомъ стержнѣ. Черты лица неподвижны, морщины на лбу едва замѣтны, вѣки мало приподняты, но больная подымаетъ и опускаетъ ихъ безъ затрудненія. Глаза смотрятъ впередъ; они безъ выраженія. Чтобъ посмотрѣть въ сторону, больная должна повернуться всѣмъ тѣломъ. Иногда губы сжаты, но чаще ротъ полуоткрытъ, нижняя губа отвисла, отчего и видны всегда нижніе зубы. Иногда слюна течетъ непроизвольно изо рта. Губы и языкъ не дрожатъ. Глотаніе всегда трудно. Верхнія конечности нѣсколько отставлены отъ туловища, предплечія согнуты и притомъ такъ, что руки покоятся у пупка, а локти отстоятъ отъ туловища. Большой палецъ въ полусогнутомъ состояніи покоится на указательномъ пальцѣ; другіе пальцы сближены между собой и слегка согнуты. Руки сохраняютъ одинаковое расположеніе на обѣихъ сторонахъ тѣла.

Ноги сближены, но колѣна не прикасаются. Если ноги разведены, то равновѣсіе неустойчиво. Закрытіе глазъ не имѣетъ вліянія на состояніе больной.

Она садится разомъ, тяжело. Она не можетъ встать безъ чужой помощи, да и при этой послѣдней, нужно употреблять извѣстную силу. Она начинаетъ ступать мелкими шагами, послѣ нѣкотораго колебанія, затѣмъ движеніе ея дѣлается стремительнымъ—существуетъ влеченіе впередъ (propulsion). Иногда, говоритъ Гавр., меня влечетъ впередъ, пока я не наткнусь на стѣну, безъ чего я бы упала. *Влеченіе назадъ* также явно; чтобы убѣдиться въ немъ, достаточно, какъ дѣлаетъ это Шарко, слегка потянуть сзади за юбку. Вслѣдъ за этимъ, она начинаетъ пятиться назадъ и притомъ съ такою скоростью, что если бы не присмотрѣть за нею, она бы не замедлила упасть. При поворотѣ больная находится еще въ бо́льшемъ колебаніи, чѣмъ для ходьбы. Дрожаніе едва замѣтно, особенно въ состояніи бездѣйствія. Умственныя способности сохранены, память хороша. *Сонъ* у нея менѣе кратокъ, чѣмъ у другихъ больныхъ этого рода. Онъ былъ бы даже очень покойнымъ, если бы ее не будили боли въ пяткахъ: „меня колетъ и какъ будто течетъ вода внутри пятокъ.“ Она жалуется на постоянное чувство жара, такъ что даже зимой покрывается одной простыней. Мы уже показали динамометрическое *состояніе силъ* на стр. 152 и изслѣдованіе *температуры* на стр. 155, и къ нимъ болѣе не возвратимся.

Іюль, 1875 г. *Слабость* усилилась. Общее *держаніе тѣла* тоже; однако голова и туловище еще болѣе наклонены напередъ, кромѣ того замѣтны еще *перевѣшиваніе на бокъ*, вслѣдствіе чего при ходьбѣ правая половина тѣла предшествуетъ лѣвой.

Теперь уже *губы* постоянно сжаты; верхняя губа втянута, сморщена; иногда онѣ обѣ, по словамъ больной, тугоподвижны, какъ бы одеревенѣлы. Зубы не стиснуты. Кажется, какъ будто больная сближаетъ губы, чтобы уменьшить дрожаніе подбородка; не смотря на эту предосторожность, губы подвержены частымъ движеніямъ, напоминающимъ движеніе кролика.—Даже ротъ, *языкъ*, дрожатъ; высунутый, онъ дрожитъ еще болѣе.

Дрожаніе головы состоитъ изъ передне-заднихъ подергиваній, иногда боковыхъ, но ограниченнаго размѣра. Какъ уже было сказано въ V *Лекціи*, эти колебанія головы сообщаются послѣдней туловищемъ. Когда больная сидитъ, *ноги* ея трясутся, стопами она производитъ мелкіе удары о полъ.—Вообще говоря, дрожаніе сдѣлало успѣхи на головѣ и ногахъ и осталось въ томъ же положеніи на верхнихъ конечностяхъ; замѣтимъ еще, что мало выраженная въ 1874 г. *потребность перемѣщенія*, которая обнаруживалась въ то время только днемъ, теперь уже мучитъ больную и по ночамъ, во время ея пребыванія въ постели. — *Сонъ* короче, чѣмъ прежде. — Больная еще можетъ прогуливаться по палатѣ и по саду. (Б).

ТАБЛИЦЫ И РИСУНКИ.

ОБЪЯСНЕНІЕ ТАБЛИЦЪ И РИСУНКОВЪ.

РИСУНКИ ТАБЛИЦЫ I [1])

СКЛЕРОЗЪ ВЪ БЛЯШКАХЪ (ГОЛОВНОЙ МОЗГЪ).

Фиг. 1. *Основаніе цѣлаго головнаго мозга.* — *a.* Разсѣянныя склеротическія бляшки въ различныхъ мѣстахъ на обонятельныхъ нервахъ.

b, Склеротическіе островки на зрительныхъ нервахъ.

b', Часть зрительнаго нерва, оставшаяся здоровою.

c, Склерозные островки на лѣвой мозговой ножкѣ.

d, Склеротическія бляшки на различныхъ мѣстахъ Вароліева моста; однѣ изъ нихъ поверхностныя, а другія глубокія; видъ его нѣсколько придавленный на уровнѣ этихъ бляшекъ. Нервы, выходящіе изъ Вароліева моста, повидимому, нормальные.

e, Склеротическія бляшки, неправильно разбросанныя на различныхъ точкахъ продолговатаго мозга и луковичнаго утолщенія (переднія пирамиды, особенно направо); олива и передне-боковой канатикъ.

e', Части, оставшіяся здоровыми на нѣкоторыхъ пунктахъ луковичнаго утолщенія.

f, Разрѣзъ на краю обнаруживаетъ, какъ далеко на этомъ уровнѣ проникъ склерозный процессъ и неправильное его распространеніе.

f', Нѣсколько мѣстъ, оставшихся непораженными. Нервы, выходящіе изъ луковичнаго утолщенія кажутся нормальными.

Фиг. 2.—Горизонтальный разрѣзъ мозжечка, сдѣланный такъ, что обѣ половины легко вновь приложить одну къ другой.

x, *y*, Линія пересѣченія обѣихъ плоскостей (горизонтальной и вертикальной).

a, Бляшки склероза, разсѣянныя въ бѣломъ веществѣ.

b, Склерозная бляшка, захватившая ромбоидальное тѣло.

c, Склеротическія бляшки, раздѣленныя почти пополамъ горизонтальнымъ разрѣзомъ.

d, Отчетливо видимые сосуды среди склеротическихъ бляшекъ.

e, Болѣе и болѣе замѣтные сосуды въ бѣломъ веществѣ, по мѣрѣ пребыванія поверхности разрѣза на воздухѣ. Ясно выраженныя крапинки.

Фиг. 3. — Часть мозга со стороны основанія его.—*a*, Обонятельные нервы, повидимому здоровые.—*b*, Островки склероза на зрительныхъ нервахъ.—*c*, Островки склероза на мозговыхъ ножкахъ.

d, Склеротичеекія бляшки, разсѣянныя въ разныхъ мѣстахъ Вароліева моста; изъ нихъ однѣ поверхностныя, а другія глубокія. Нервы, выходящіе изъ Вароліева моста, повидимому, здоровы.

e, Склеротическіе островки и бляшки неправильно разбросанные на различныхъ мѣстахъ луковичнаго утолщенія и продолговатаго мозга (переднія пирамиды заняты совершенно, а оливы—несовершенно).

f, Крайній разрѣзъ обнаруживаетъ глубину проникнанія склерознаго процесса въ продолговатомъ мозгу и неправильное его распространеніе на этомъ уровнѣ. Нервы, исходящіе изъ луковичнаго утолщенія, по видимому, здоровы.

g, Начальное появленіе склероза въ ткани, составляющей заднее продырявленное пространство (spat. perforatum post.).

---

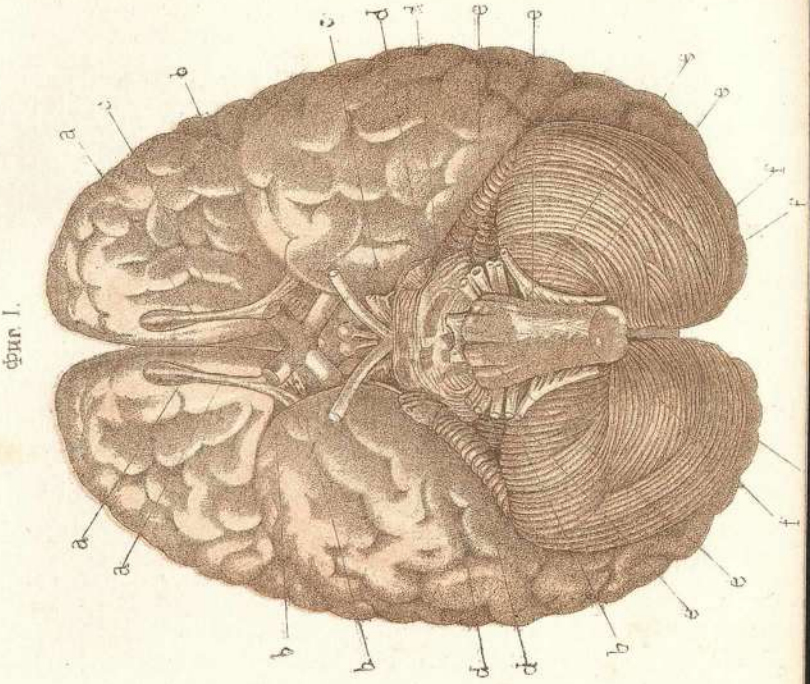
[1]) Эта таблица рисунковъ и слѣдующія три взяты изъ уже цитированной замѣтки Ліувиля.

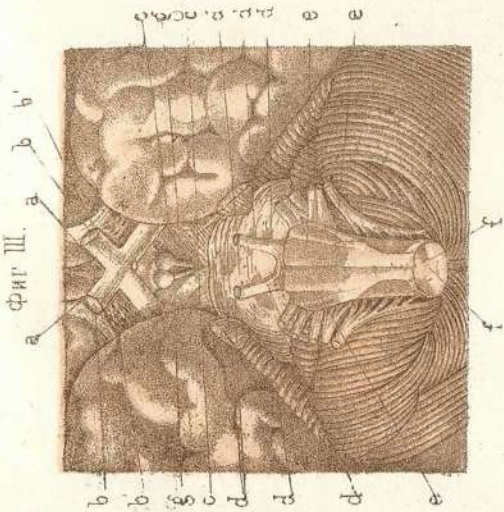
Наблюденія склероза въ разсѣянн...

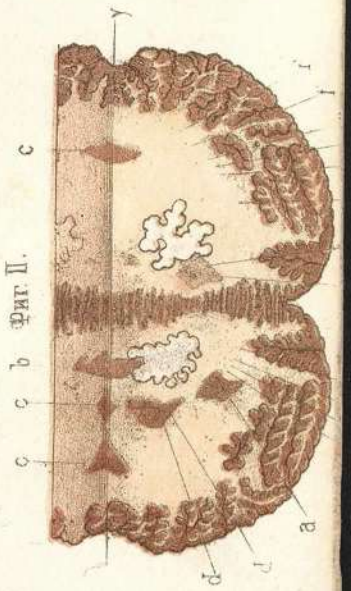
Рис...

ТАБ. I

I. Лувиля.







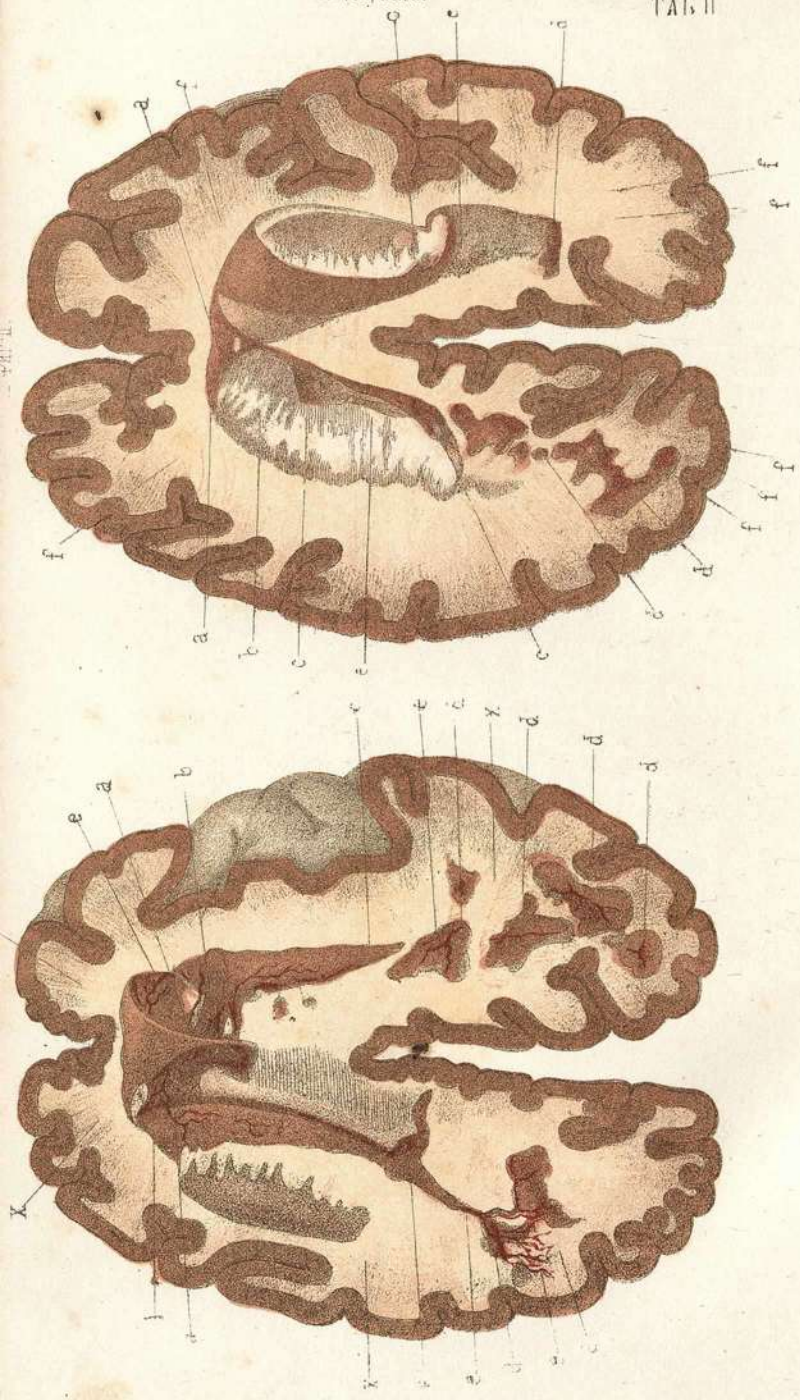
Литогр. и Хромолит. А. И. Траншеля, Стремянная, № 12.

Наблюденія склероза въ разсѣянныхъ островкахъ

Г. Лувиля

Рис.

ТАБ. II



Литогр. и Хромолит. А. И. Траншеля, Стремянная, № 9

РИСУНКИ ТАБЛИЦЫ II

СКЛЕРОЗЪ ВЪ БЛЯШКАХЪ (МОЗГЪ).

Фиг. 1.—Горизонтальный разрѣзъ мозга, обнаруживающій склеротическія гнѣзды въ различныхъ отдѣлахъ его (въ сѣромъ и бѣломъ веществахъ).

a, Склеротическіе бляшки и островки переднихъ отдѣловъ (передняя спайка, часть смежная съ 3-мъ желудочкомъ).

b, Склеротическія бляшки, доходящія до переднихъ частей краевъ боковыхъ желудочковъ (желудочныя пластинки).

c, Распространеніе склеротическихъ островковъ до заднихъ предѣловъ боковыхъ желудочковъ (желудочныя пластинки).

d, Склеротическіе островки, неправильно разсѣянные въ бѣломъ веществѣ заднихъ мозговыхъ отдѣловъ; нѣкоторые проникаютъ весьма глубоко.

e, Замѣтные сосуды среди склеротическихъ гнѣздъ.

f, Сосуды, постепенно обнаруживающіеся въ бѣломъ веществѣ, которое кажется здоровымъ, по мѣрѣ вліянія на него воздуха.

Фиг. 2.—Другой такой же горизонтальный разрѣзъ того же мозга, обнаруживающій склеротическіе островки въ другихъ отдѣлахъ мозга (бѣлаго и сѣраго веществъ).

a, Склеротическія островки и бляшки въ переднихъ отдѣлахъ (передняя спайка).

b, Бляшки склеротическія въ переднихъ частяхъ боковыхъ желудочковъ.

c, Склеротическія бляшки въ сѣромъ веществѣ внѣжелудочнаго зерна праваго полосатаго тѣла. (Онѣ многодольчаты и раздѣлены между собой промежутками здоровой ткани; нѣкоторыя изъ нихъ весьма глубоки).

c', Распространеніе склеротическихъ островковъ у заднихъ краевъ боковыхъ желудочковъ.

d, Склеротическіе островки, неправильно разсѣянные въ бѣломъ веществѣ заднихъ мозговыхъ отдѣловъ. Нѣкоторые изъ нихъ весьма глубоки.

e, Болѣе и болѣе обнаруживающіеся сосуды бѣлаго вещества на мѣстахъ, по видимому, здоровыхъ, по мѣрѣ пребыванія разрѣза на воздухѣ (весьма замѣтныя крапинки).

РИСУНКИ ТАБЛИЦЫ III.

СКЛЕРОЗЪ ВЪ БЛЯШКАХЪ (спинной мозгъ).

Фиг. 1. Спинной мозгъ съ одной стороны (разрѣзанная dura-mater отворочена съ обѣихъ сторонъ).

s, Склеротическіе островки и бляшки, неправильно разсѣянные, различныхъ формъ; изолированные или соединенные видимыми перекладинами на поверхности, они преобладаютъ въ спинной части.

v, Явная васкуларизація въ мягкой мозговой оболочкѣ, препятствующая видѣть васкуларизацію склерозныхъ бляшекъ.

Фиг. 2. Спинной мозгъ съ передней стороны (разрѣзанная dura mater отворочена съ обѣихъ сторонъ).

s, Склеротическіе островки и бляшки, неправильно разсѣянные съ неровными контурами, изолированные или на поверхности соединяющіеся.

v, Васкуларизація мягкой мозговой оболочки, препятствующая видѣть спеціальную васкуларизацію склерозныхъ поясовъ.

Фиг. 3. Горизонтальные разрѣзы, сдѣланные на различной высотѣ спиннаго мозга, обнаруживающіе глубину проникнанія склеротическихъ островковъ; ихъ неправильное распредѣленіе, какъ въ бѣломъ, такъ и въ сѣромъ веществахъ.

Всѣ эти разрѣзы представлены въ свѣжемъ состояніи; они сняты съ верхней поверхности разрѣза, такъ какъ спинной мозгъ поставленъ вертикально.

a, передняя часть.

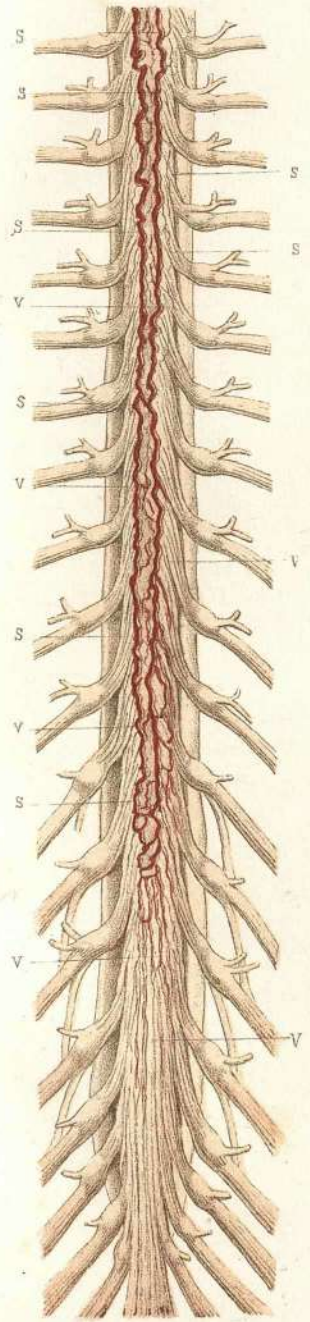
b, задняя часть.

s, склеротическіе островки.

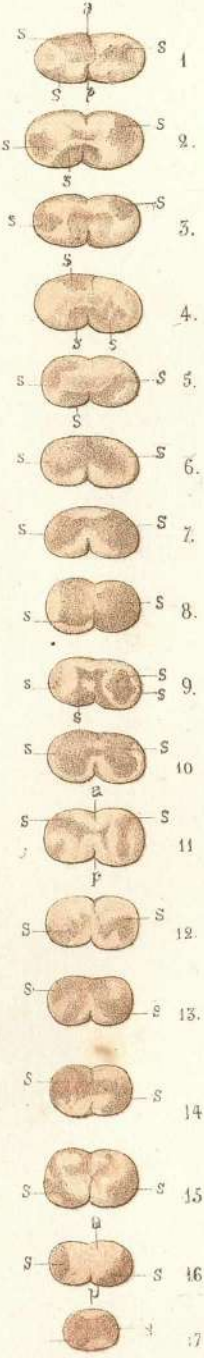
Склерозированныя части представлены въ своей натуральной окраскѣ, которая ясно выдѣляется на фонѣ бѣлаго и даже центральнаго сѣраго веществъ.

№ 1. Верхняя часть шейной области непосредственно подъ луковичнымъ утолщеніемъ.
2. Средняя часть шейнаго утолщенія.
3. Нижняя часть шейнаго утолщенія.
4. Верхняя часть верхней грудной области.
5. 2 сантим. ниже той же области.
6. 1½ сантим ниже той же области.
7. 2 сантим. ниже, въ мѣстѣ соединенія верхней трети съ средней.
8. 1 сантим. ниже, грудная область.
9. 1½ сантим. ниже.
10. 2 сантим. ниже, средина грудной области.
11. 1 сантим. ниже.
12. 1½ сантим. ниже.
13. 3 сантим. ниже.
14. Верхняя часть грудно-поясничнаго утолщенія.
15. Средина того же утолщенія.
16 и 17. Оконечности спиннаго мозга.

Задняя поверхность

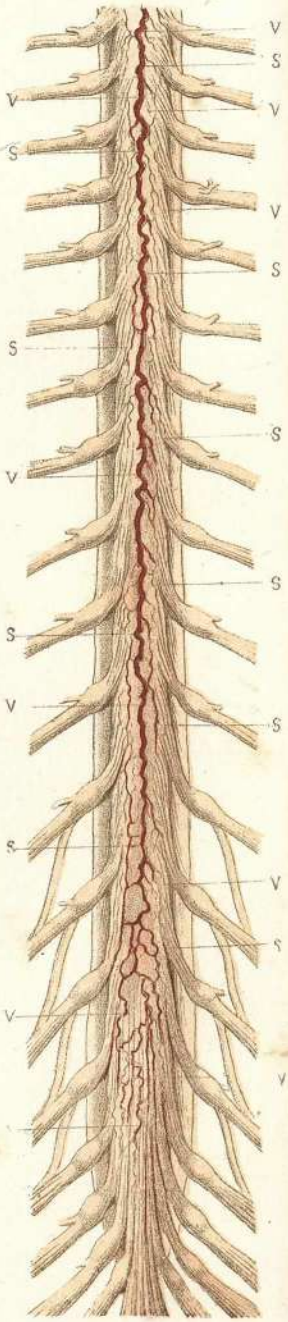


Фиг. I.



Фиг. III.

Передняя поверхность



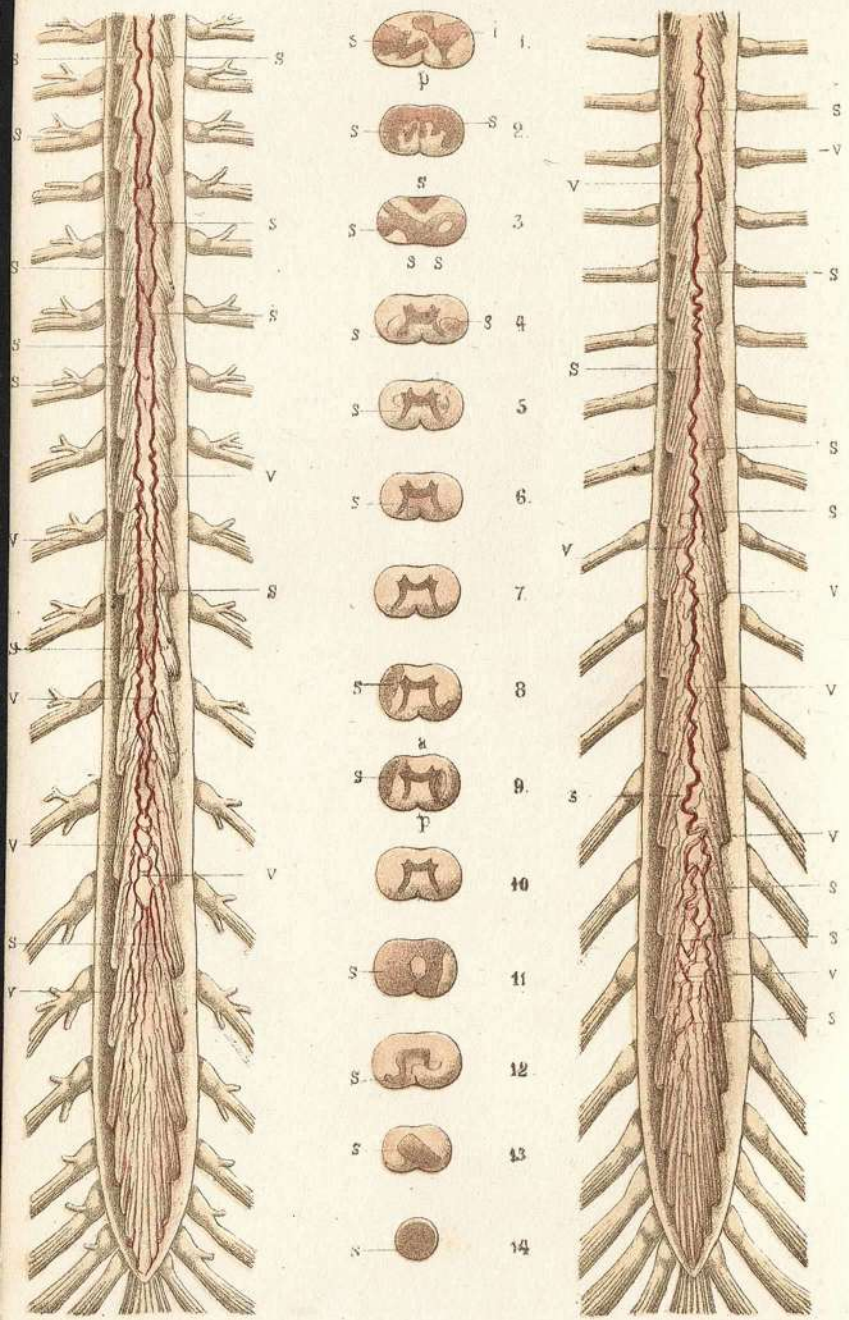
Фиг. II

Наблюденія склероза въ разсѣянныхъ островкахъ Фиг.

Г. Ліувиля. ТАБ I

Задняя поверхность

Передняя поверхность



Фиг I. Фиг III. Фиг. II.

Литогр. и Хромолит. А. И. Траншеля, Стремянная, № 12.

РИСУНКИ ТАБЛИЦЫ IV.

СКЛЕРОЗЪ ВЪ БЛЯШКАХЪ (СПИННОЙ МОЗГЪ)

Фиг. 1.—Задняя поверхность спиннаго мозга (разрѣзаная dura-mater откинута всторону).

c, Неправильно разсѣянныя склеротическія бляшки.

v, Преобладающая васкуларизація piae-matris, препятствующая видѣть васкуларизацію склеротическихъ бляшекъ.

Фиг. 2.—Передняя поверхность спиннаго мозга.

s, Неправильно разбросанные склеротическіе островки и бляшки.

v, Васкуларизація мягкой мозговой оболочки.

Фиг. 3.—Горизонтальные разрѣзы на различной высотѣ спиннаго мозга, обнаруживающіе во всѣхъ отдѣлахъ глубину проникнанія склеротическихъ островковъ, ихъ неправильное распредѣленіе, какъ въ бѣломъ веществѣ, гдѣ они преобладаютъ, такъ и въ сѣромъ.

(Всѣ разрѣзы представлены въ свѣжемъ состояніи).

Разрѣзы представлены сверху, такъ какъ спинной мозгъ стоитъ вертикально.

a, Передняя часть

p, Задняя часть.

s, Склерозъ.

(Склеротическія части окрашены въ ихъ натуральный цвѣтъ, рѣзко выдѣляющійся на фонѣ бѣлаго и сѣраго веществъ).

№ 1. Верхняя часть шейнаго утолщенія.
2. 1 1/2 сантим. ниже.
3. 2 сантим. ниже.
4. 2 сантим. ниже (верхняя часть грудной области).
5. 1 1/2 сантим. ниже.
6. 2 сантим ниже.
7. 3 сантим. ниже.
8. 1 1/2 сантим. ниже.
9. 2 сантим. ниже.
10. Болѣе 1 сантим. ниже. Спинной мозгъ въ этомъ мѣстѣ почти здоровъ.
11. 1 сантим. выше грудо-поясничн. утолщенія.
12. Средина грудо-поясничнаго утолщенія.
13. Нѣсколько выше начала оконечности спиннаго мозга.
14. Filum terminale. Оно цѣликомъ поражено склерозомъ.

ТАБЛИЦА V.

ИСТЕРИЧЕСКАЯ ИШУРІЯ.

Синяя линія показываетъ суточное количество мочи, а *красная*—рвотныхъ изверженій.

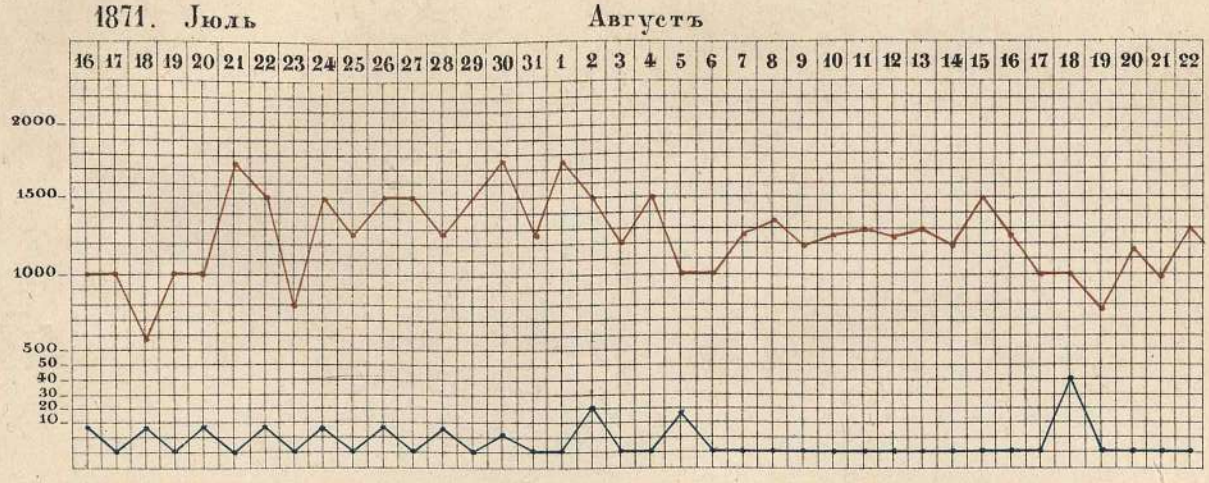
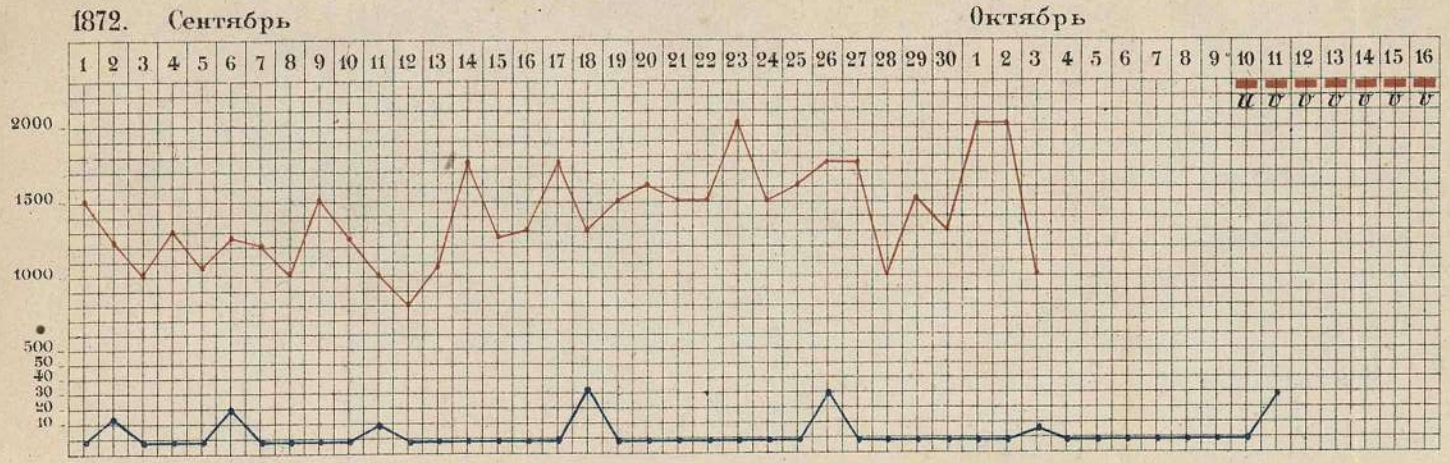


Табл. V. Мочи 2 гр. 50 Рвотн. изверженій 1000 гр.

Лит. А. Трашеля Стреллн. д. №12



Анализъ мочи *(u)* и рвотныхъ извержений *(v)*

Моча 10 Октября 22 куб.с. Мочевины – 0, 179 гр.

Табл. VI.

Извержение рвотой отъ 11–18; Среднее дневное количество мочевины 3 гр.

Лит. А. Бранцеля, Стремянная № 12.

ТАБЛИЦА VI.

ИСТЕРИЧЕСКАЯ ИШУРІЯ.

Синяя линія указываетъ суточное количество мочи, а *красная*—рвотныхъ изверженій.

Красныя полоски, стоящія непосредственно подъ нѣкоторыми числами, означаютъ дни анализа.

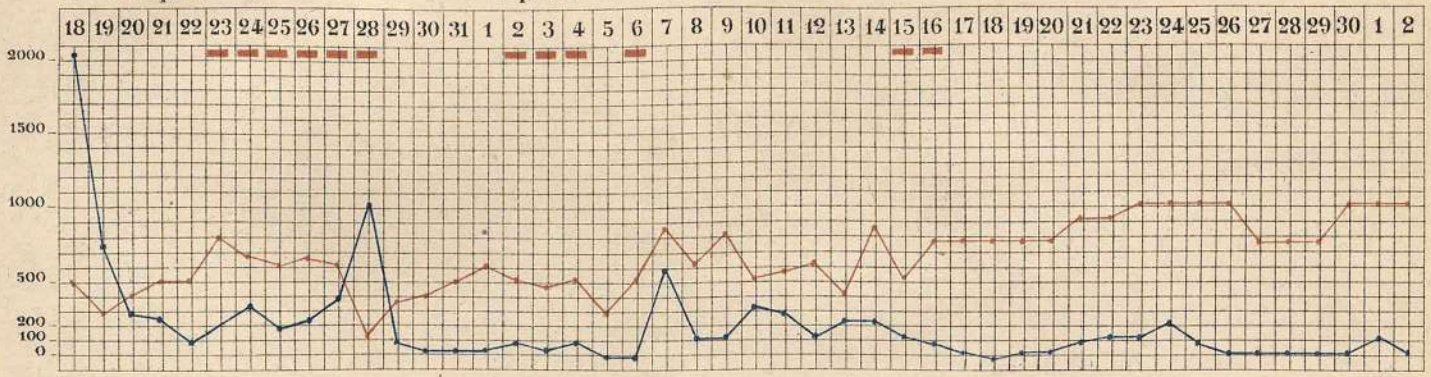
ТАБЛИЦА VII.

ИСТЕРИЧЕСКАЯ ИШУРІЯ.

Синяя линія указываетъ суточное количество мочи, а *красная*—рвот, ныхъ изверженій.

Красныя полоски, стоящія непосредственно подъ нѣкоторыми числами означаютъ дни анализа.

1872. Мартъ Апрѣль Май



12-дней анализа.

Среднее дневное колич. мочи 206 куб. сан. на 1000 гр. 15 гр. мочевины.
Рвоти: изверженій 362 " " " " " 30 " "

Табл. VII.

Мочевины { Въ мочь 3 гр. 095
Въ изверженій рвотой 2 " 138
5 " 133

Лит. А. Траншеля, Стремянная № 12.

Литогр. и Хромолит. А. И. Трашеля, Стремянная, №12.

РИС. ТАБЛИЦЫ VIII.

Положеніе больной, пораженной дрожательнымъ параличемъ. (См. исторію болѣзни этой больной въ Прибавленіи).

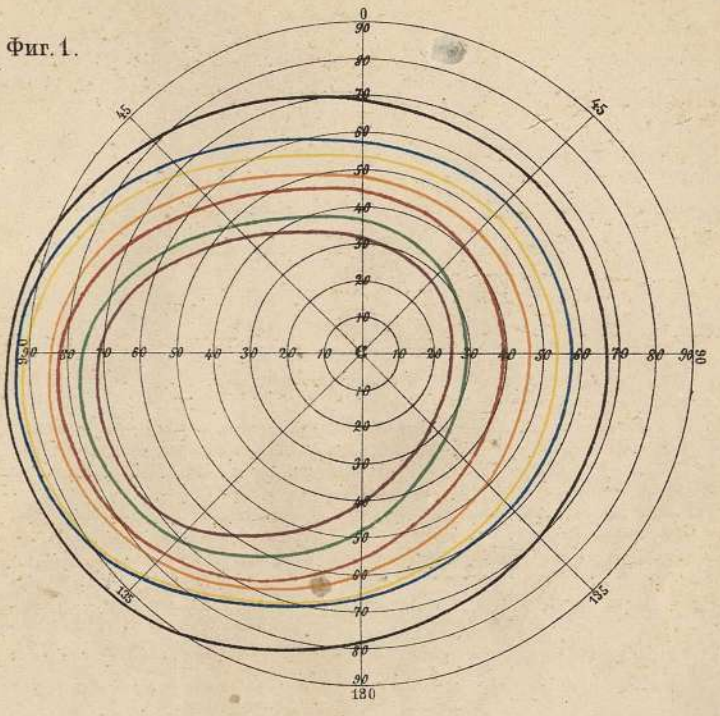
ТАБЛИЦА IX.

ПОЛЕ ЗРѢНІЯ ЦВѢТОВЪ.

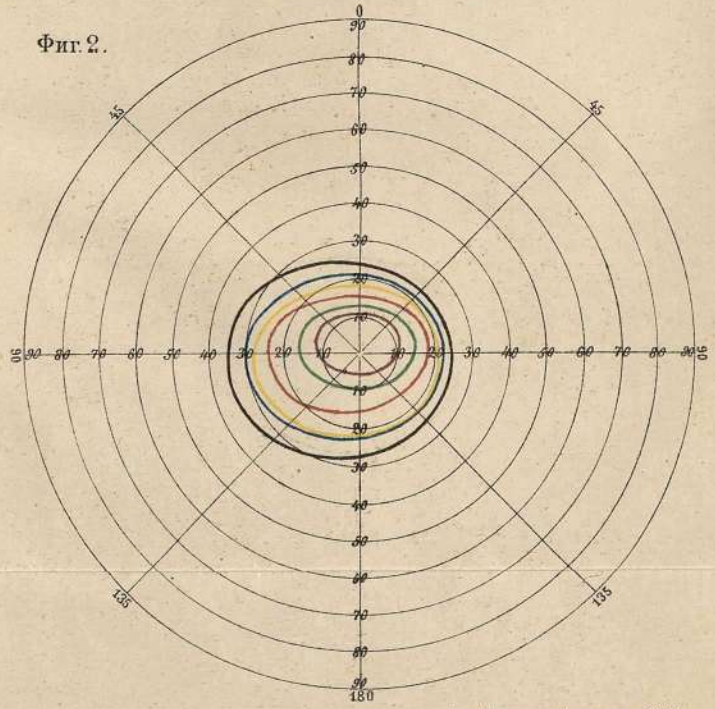
Фиг. 1.—*Поле зрѣнія лѣваго нормальнаго глаза.* — Эти поля зрѣнія получены были при умѣренномъ дневномъ свѣтѣ посредствомъ цвѣтныхъ бумажекъ, величиной въ 4 квад. сантим. и периметра Ландоля. *e*, точка фиксированія, соотвѣтствующая желтому пятну.

Фиг. 2 — *Лѣвое поле зрѣнія* въ одномъ случаѣ гистеро-эпилепсіи, осложненной *лѣвой геміанестезіей*. Поле зрѣнія концентрически съужено Сила зрѣнія въ лѣвомъ глазу $^{12}/_{20}$; сила и поле зрѣнія нормальны въ правомъ глазу.

Фиг. 1.

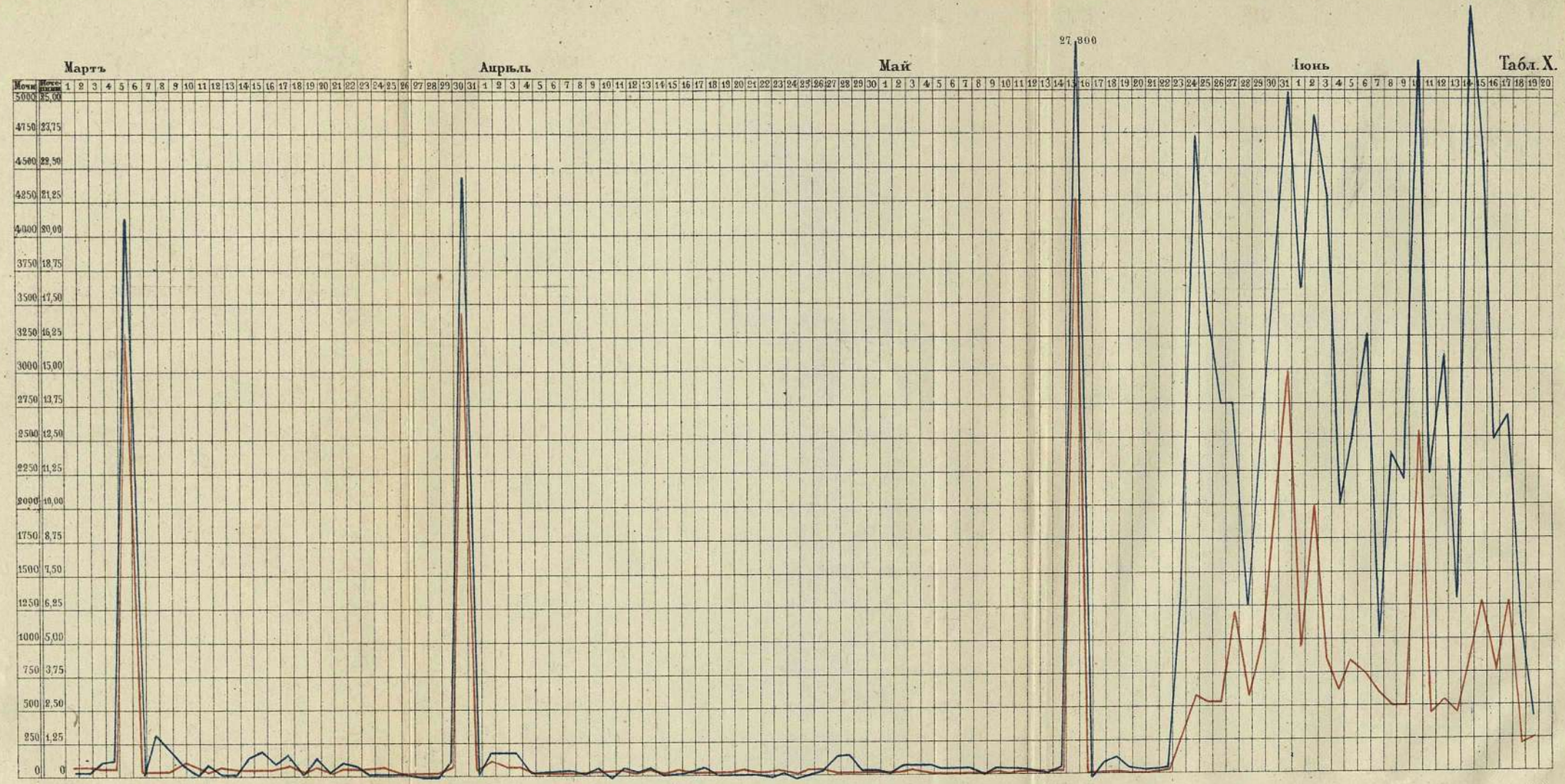


Фиг. 2.



Лит. А. Траншеля, Стремянная № 12.

Табл. X.



Лит. А. Траншеля, Стремянная № 12

ТАБЛИЦА X.

ИСТЕРИЧЕСКАЯ ИШУРІЯ.

Эта таблица представляетъ колебанія количествъ мочи и мочевины во время гистеро-ишурическаго періода больной Этч. (Лекц. IX стр. 255, см. прим.), втеченіи времени отъ марта по іюль 1875. Изъ этой таблицы видно, что выдѣленія эти втеченіи нѣсколькихъ недѣль почти равнялись нулю. Затѣмъ вдругъ, втеченіи нѣсколькихъ часовъ, больная выдѣлила отъ 3 — 4 литровъ мочи, содержавшей отъ 25 — 27 грам. мочевины. На слѣдующій день ишурическій фазисъ возобновился. 21 мая истерическія явленія изчезаютъ, послѣ внезапнаго выздоровленія. Ишурія проходитъ одновременно. Мы видимъ поднятіе кривой, ея колебанія, но она устанавливается у нормальной линіи.

Во время всего этого періода, введеніе пищи совершалось при помощи зонда; одна и таже пища давалась ей каждый день.

Синяя линія означаетъ суточное количество *мочевины*. *Красная линія* означаетъ суточное количество мочи.

СОДЕРЖАНІЕ.

ЛЕКЦІЯ ПЕРВАЯ.

Трофическія разстройства вслѣдствіе поврежденій нервовъ.

Содержаніе.—Нарушенія питанія, слѣдующія за болѣзненными измѣненіями черепно-спиннаго мозга и нервовъ.— Эти измѣненія могутъ занимать кожу, подкожную клѣтчатку, мускулы, суставы, полости.—Важность этихъ измѣненій съ точки зрѣнія прогностической и діагностической.—Нарушенія питанія, слѣдующія за болѣзненными измѣненіями въ периферическихъ нервахъ.—Нервная система въ нормальномъ состояніи оказываетъ мало вліянія на теченіе питательныхъ процессовъ.—Пассивныя измѣненія нервовъ или спиннаго мозга не производятъ непосредственно трофическихъ нарушеній въ периферическихъ частяхъ; опыты, подтверждающіе этотъ фактъ.—Вліяніе раздраженія и воспаленія нервовъ или нервныхъ центровъ на развитіе трофическихъ разстройствъ.—Трофическія разстройства, слѣдующія за травматическимъ поврежденіемъ нервовъ, разсматриваемыя въ частности.—Они происходятъ не отъ полныхъ разрѣзовъ, но отъ ушибовъ неполныхъ разрѣзовъ и проч. нервныхъ стволовъ.—Различныя сыпи; эритема, zona traumatica, pemphigus.—Glossy skin англійскихъ авторовъ.—Измѣненія мышцъ; атрофія.—Болѣзни суставовъ; болѣзни костей—periostitъ, некрозъ.—Трофическія измѣненія, слѣдующія за нетравматическими поврежденіями нервовъ; аналогія ихъ съ травматическими.—Трофическія разстройства глаза при опухоляхъ, оказывающихъ давленіе на тройничный нервъ.—Воспаленіе спинныхъ нервовъ, развивающееся послѣдовательно, вслѣдствіе рака позвоночника, pachymeningitis spinalis, задушенія отъ окиси угля и проч. — Различныя сыпи (zona, pemphigus и проч., мышечная атрофія, болѣзни суставовъ, развивающіяся въ этихъ случаяхъ, вслѣдствіе неврита.— Lepra anaesthetica: периневрить, lepra mutilans 1

ЛЕКЦІЯ ВТОРАЯ.

Трофическія разстройства вслѣдствіе поврежденій нервовъ. (*Продолженіе*). Болѣзни мышцъ.

Содержаніе. Анатомическія и функціональныя измѣненія, претерпѣваемыя мышцами, вслѣдствіе поврежденія нервовъ, которые ими управляютъ.—Важность электризаціи для распознаванія и предсказанія.—Изслѣдованія Дюшеня.—Экспериментальныя изслѣдованія; продолжительное суще-

ствованіе электрической сократительности и нормальнаго питанія мышцъ послѣ перерѣзыванія или вырѣзыванія двигательныхъ и смѣшанныхъ нервовъ у животныхъ.—Факты патологическіе: быстрое уменьшеніе или совершенное прекращеніе электрической сократительности и скоротечная атрофія мышцъ въ случаяхъ ревматическаго паралича лицеваго нерва и раздражающихъ, какъ травматическихъ, такъ и самопроизвольныхъ пораженій нервовъ смѣшанныхъ. — Причины кажущагося противорѣчія между экспериментальными результатами и патологическими случаями. – Примѣненіе изслѣдованій Браунъ-Секара: одни только ирритативныя поврежденія нервовъ обусловливаютъ быстрое прекращеніе электрической сократительности съ послѣдующею скоротечною атрофіею мышцъ.

Опыты Эрба, Цимссена и О. Вейсса. Раздавливаніе и перевязка нервовъ составляютъ ирритативныя поврежденія. – Различіе результатовъ, получаемыхъ при изслѣдованіи мышцъ фарадизаціей и гальванизаціей. Результаты этихъ новыхъ изслѣдованій сходны съ патологическими фактами, наблюдаемыми у людей и ни въ чемъ не опровергаютъ положенія Браунъ-Секара.

Трофическія растройства, вслѣдствіе заболѣваній спиннаго мозга.—Эти пораженія, относительно вліянія ихъ на питаніе мышцъ, образуютъ двѣ различныя группы. 1-ая группа: пораженія спиннаго мозга, не имѣющія непосредственнаго вліянія на питаніе мышцъ: а) пораженія, въ видѣ ограниченныхъ фокусовъ, распространяющіяся въ глубину сѣраго вещества на незначительномъ пространствѣ (ограниченное воспаленіе спиннаго мозга, опухоли, Поттова болѣзнь). b) Пучковидныя, даже сильно распространенныя пораженія переднихъ или заднихъ бѣлыхъ канатиковъ, но безъ участія сѣраго вещества: первичный или послѣдовательный склерозъ заднихъ канатиковъ, передне-боковыхъ и проч.. 2-ая група: заболѣванія, обусловливающія болѣе или менѣе быстрое измѣненіе питанія въ мышцахъ: а) пучкообразныя или ограниченныя пораженія, занимающія передніе рога сѣраго вещества и распространяющіяся на извѣстное пространство въ глубину: центральный міэлитъ, гематоміэлія и проч.; б) Ирритативное пораженіе большихъ нервныхъ клѣточекъ переднихъ роговъ сѣраго вещества съ участія бѣлыхъ пучковъ: дѣтскій спинной параличъ взрослыхъ, общій спинной параличъ (Duchenne, de Boulogne), прогрессивная атрофія мышцъ и проч.—Преобладающая роль пораженій сѣраго вещества въ происхожденіи мышечныхъ трофическихъ растройствъ.—Положеніе Браунъ-Секара примѣняется еще къ объясненію этихъ фактовъ . . . 27

ЛЕКЦІЯ ТРЕТЬЯ.

Послѣдовательныя трофическія разстройства вслѣдствіе пораженій спиннаго и головнаго мозга.

Содержаніе: Кожныя разстройства при склерозѣ заднихъ канатиковъ; сыпи папулезныя, крапивная, лишайная (zona), пустулезныя сыпи; ихъ связь съ стрѣляющими болями; онѣ, по видимому, происходятъ отъ тѣхъ же органическихъ причинъ, какъ и боли.

— Быстро развивающійся пролежень (Decubitus acutus) въ болѣзняхъ головнаго и спиннаго мозга.—Способъ развитія этого страданія кожи: эритема, пузыри, омертвѣніе кожи.—Послѣдовательныя явленія за образованіемъ эшары: а) гнилостное зараженіе, гнойное зараженіе, гангренозныя эмболіи; б) гнойный простой восходящій менингитъ (menin-

gite ascendante ichoreuse. Decubitus acutus при симптоматической апоплексіи ограниченныхъ (en foyer) мозговыхъ поврежденій. Онъ появляется преимущественно въ сѣдалищной области парализованныхъ конечностей; его значеніе для предсказанія. Decubitus acutus въ болѣзняхъ спиннаго мозга: онъ появляется, вообще, въ крестцовой области.

— Страданія сочлененій, зависящія отъ пораженій головнаго и спиннаго мозга.—А. Острыя и полуострыя формы: онѣ появляются въ случаяхъ травматическаго поврежденія спиннаго мозга, въ міэлитѣ, происходящемъ отъ прижатія (опухолями, при Поттовой болѣзни), въ первичномъ міэлитѣ, въ свѣжей гемиплегіи, обусловленной размягченіемъ мозга. Эти артьпатіи помѣщаются въ связкахъ парализованныхъ конечностей.—Б. Хроническія формы; онѣ, кажется, зависятъ, какъ и спинныя аміотрофіи, отъ пораженій переднихъ роговъ сѣраго осеваго вещества; онѣ замѣчаются при заднемъ склерозѣ (ataxie locomotrice) и въ нѣкоторыхъ случаяхъ прогрессивной мышечной атрофіи . 64

ЛЕКЦІЯ ЧЕТВЕРТАЯ.

Трофическія разстройства вслѣдствіе пораженій спиннаго и головнаго мозга (*Продолженіе и конецъ*). Болѣзни внутреннихъ органовъ.—Теоретическая часть.

Содержаніе.—Гипереміи и экхимозы внутреннихъ органовъ вслѣдствіе экспериментальныхъ поврежденій различныхъ частей мозга и внутричерепной геморрагіи.—Опыты Шиффа и Браунъ-Секара; личныя замѣчанія.—Эти измѣненія, повидимому, зависятъ отъ сосудодвигательнаго паралича: они должны составлять особенную категорію.—Мнѣніе Шредера деръ Колька относительно существованія связи между нѣкоторыми измѣненіями въ мозгу и различными формами пневмоніи; леточная туберкулизація.—Геморрагіи надпочечныхъ капсулъ въ міэлитѣ.—Нефритъ и циститъ, слѣдующіе за ирритативными спинно-мозговыми болѣзнями, имѣющими внезапное появленіе и развивающіеся отъ травматической причины или самопроизвольно; быстрое измѣненіе качествъ мочи при этихъ условіяхъ; оно наступаетъ иногда одновременно съ развитіемъ пролежней въ крестцовой области; оно зависитъ отъ разстройствъ мочевыхъ органовъ, которыя, въ свою очередь, развиваютъ ихъ подъ непосредственнымъ вліяніемъ нервной системы.

Теорія происхожденія трофическихъ разстройствъ, вслѣдствіе болѣзненныхъ измѣненій нервной системы. Недостаточность нашихъ свѣденій въ этомъ отношеніи. Параличъ сосудодвигательныхъ нервовъ; послѣдовательная гиперемія; она не производитъ трофическихъ разстройствъ; исключенія изъ этого правила. Раздраженіе вазомоторныхъ нервовъ, происходящая вслѣдствіе этого раздраженія ишемія не имѣетъ, по видимому, замѣтнаго вліянія на мѣстное питаніе. Нервы — дилататоры и секреторные нервы; изслѣдованія Людвига и Кл. Бернара; аналогіи между этими двумя категоріями нервовъ.—Примѣненіе къ теоріи трофическихъ нервовъ. — Теорія Самуэля: изложеніе, критика. Заключеніе 108

ЛЕКЦІЯ ПЯТАЯ.

Дрожательный параличъ.

(Paralysis agitans).

Содержаніе.—О дрожаніи вообще. Его виды. Перемежающееся дрожаніе Постоянное дрожаніе. Вліяніе сна, покоя и свободныхъ движеній. Различія, установленныя Ванъ Свитеномъ. Мнѣніе Гюблера. Дрожаніе по Галену. Независимость дрожательнаго паралича отъ склероза въ разсѣянныхъ бляшкахъ (sclérose en plaques). Изслѣдованія Паркинсона. Французскія работы Труссо, Шарко и Вульпіана. Дрожательный параличъ пріобрѣтаетъ право гражданства въ классической литературѣ.

Основной характеръ дрожательнаго паралича. Эта болѣзнь втораго періода жизни. Ея признаки. Измѣненія въ ея теченіи. Наклонность къ паденію впередъ и назадъ. Начало дрожательнаго паралича, его виды. Начало его, или медленное, или внезапное. Періодъ наибольшаго развитія болѣзни. Замѣтное трясеніе головы и шеи. Измѣненія въ рѣчи. Тугоподвижность мышцъ. Положеніе туловища и конечностей. Уродство рукъ и ногъ. Замедленіе въ выполненіи движеній. Измѣненія въ чувствительности. Судороги, чувство тяжести и усталости. Необходимость перемѣнять мѣсто. Обычное чувство сильнаго жара. Температура въ дрожательномъ параличѣ. Вліяніе свойства судорогъ (статическія или динамическія).

Окончательный періодъ. Постоянное пребываніе больнаго въ постели. Разстройство питанія. Ослабленіе умственныхъ способностей. Пролежни. Заключительныя болѣзни. Они отличаются отъ исходовъ при склерозѣ въ разсѣянныхъ бляшкахъ. Продолжительность дрожательнаго паралича. Посмертныя измѣненія. Непостоянство измѣненій въ дрожательномъ параличѣ, постоянство ихъ при склерозѣ въ разсѣянныхъ бляшкахъ. Заболѣванія Варольеваго моста и продолговатаго мозга (Паркинсонъ, Оппольцеръ) Патологическая физіологія. Этіологія Внѣшнія причины. Сильныя нравственныя потрясенія; дѣйствіе продолжительнаго холода, сырости. Раздраженіе нѣкоторыхъ периферическихъ нервовъ. Предрасполагающія причины. Возрастъ играетъ извѣстную роль. Дрожательный параличь развивается позже, чѣмъ склерозъ въ разсѣянныхъ бляшкахъ. Полъ. Наслѣдственность. Пламенное вліяніе 135

ЛЕКЦІЯ ШЕСТАЯ.

О склерозѣ въ формѣ разсѣянныхъ бляшекъ.—Патологическая анатомія.

Содержаніе. Исторія ученія о разсѣянныхъ склеротическихъ бляшкахъ. Періодъ французскій;—періодъ нѣмецкій;—новыя французскія изслѣванія.

Микроскопическая паталогическая анатомія. Внѣшній видъ склеротическихъ бляшекъ. Ихъ распредѣленіе — въ мозгу, въ мозжечкѣ, въ Вароліевомъ мосту, продолговатомъ и спинномъ мозгу. Склеротическія бляшки на нервахъ. Форма спинная, мозговая или продолговато-мозговая, спинно-мозговая. Свойства бляшекъ: цвѣтъ, консистенція и т д.

Микроскопическая анатомія. Замѣтка о нормальной гистологіи спиннаго мозга. Нервныя трубки. Невроглія; ея распредѣленіе. Кортикальный слой сѣти. Свойства невроглін. Вліяніе хромовой кислоты. Артеріальные капилляры.

Гистологическіе признаки склерозированныхъ бляшекъ. Поперечные разрѣзы: периферическій поясъ;— дегенеративный поясъ; — центральная область. Продольные разрѣзы. Измѣненія склеротическихъ бляшекъ въ свѣжемъ состояніи. Послѣдовательныя гистологическія измѣненія послѣ перерѣзки нервовъ. Жировыя грануляціи на свѣжихъ препаратахъ склеротическихъ бляшекъ. Измѣненія нервныхъ клѣтокъ. Способъ слѣдованія измѣненій 165

ЛЕКЦІЯ СЕДЬМАЯ.

О СКЛЕРОЗѢ ВЪ ФОРМѢ РАЗСѢЯННЫХЪ БЛЯШЕКЪ.— СИМПТОМОЛОГІЯ.

Содержаніе. Разнообразіе проявленія склероза въ формѣ разсѣянныхъ бляшекъ, съ точки зрѣнія клинической.—Причины ошибочнаго распознаванія.

Клиническое изслѣдованіе случая склероза въ бляшкахъ.—О дрожаніи; вліяніе его на актъ писанія; признаки, по которымъ его можно отличить отъ дрожанія при paralysis agitans, chorea, общемъ параличѣ и при нарушеніи двигательной координаціи или атаксіи.

Явленія головно-мозговыя.—Нарушенія въ актѣ зрѣнія: диплопія, амбліопія, nystagmus.—Затрудненіе въ рѣчи. —Головокруженіе.

Состояніе нижнихъ конечностей. — Парезъ.—Улучшеніе.—Отсутствіе нарушенія чувствительности.—Присоединеніе необычныхъ явленій; табетическіе симптомы; атрофія мышцъ. — Постоянная контрактура. — спинно-мозговая эпилепсія 192

ЛЕКЦІЯ ВОСЬМАЯ.

ОБЪ АПОПЛЕКТИ-ОБРАЗНЫХЪ ПРИСТУПАХЪ ПРИ СКЛЕРОЗѢ ВЪ РАЗСѢЯННЫХЪ БЛЯШКАХЪ.— О ПЕРІОДАХЪ И ФОРМАХЪ.—НАТОЛОГИЧЕСКАЯ ФИЗІОЛОГІЯ.—ЭТІОЛОГІЯ.—ЛЕЧЕНІЕ.

Содержаніе. Апоплекти-образные приступы. Ихъ частое появленіе при склерозѣ въ разсѣянныхъ бляшкахъ. Общія разсужденіи объ апоплекти-образныхъ приступахъ при общемъ параличѣ и въ случаяхъ старыхъ мозговыхъ страданій и въ видѣ фокусовъ (кровоизліяніе и размягченіе мозга). Патогене съ апоплекти-образныхъ приступовъ: неудовлетворительность конгестивной теоріи. Симптомы: состояніе пульса; повышеніе центральной температуры. Случая апоплекти-образныхъ и эпилептивидныхъ приступовъ у застарѣлыхъ емилегиковъ. Важное значеніе температуры съ точки зрѣнія діагностики.

О періодахъ склероза въ бляшкахъ. Первый, второй и третій періоды. Явленія при параличѣ, вслѣдствіе страданія продолговатаго мозга. О формахъ и продолжительности склероза въ бляшкахъ.

Паталогическая физіологія. Отношеніе между симптомами и болѣзненными измѣненіями.

Этіологія. Вліяніе пола и возраста. Наслѣдственность. Предыдущія нервныя пораженія. Случайныя причины: продолжительное вліяніе холодной сырости; травматическія причины. Нравственныя причины.

Предсказаніе. Леченіе. 215

ЛЕКЦІЯ ДЕВЯТАЯ.

ОБЪ ИСТЕРИЧЕСКОЙ ИШУРІИ.

Содержаніе: Вступленіе. Объ истерической ишуріи. Ея отличія отъ олигуріи. Общія замѣчанія. Замѣнительная рвота. Истерика. Причины, заставляющія предполагать дѣйствительность существованія истерической ишуріи. Различіе между ишуріею при каменной болѣзни и истерической ишуріей.

Наблюденія. Истерическіе параличъ и контрактура. Полная геміанестезія. Геміопія и ахроматопсія. Онаріальная гиперестезія. Задержаніе мочи. Тимпанизмъ. Судорожные приступы; trismus. Появленіе истерической ишуріи. Предосторожности, принимаемыя во избѣжаніе всякаго повода къ ошибкѣ. Полная анурія. Уремическая рвота. Колебанія между количествомъ выдѣленной мочи и рвотными изверженіями. Химическій анализъ рвотныхъ изверженій, мочи и крови. Остановка припадковъ.

Возвратъ истерической ишуріи. Новые результаты химическаго анализа.

Важное значеніе обыкновенной ануріи и ануріи экспериментальной. Предѣлъ продолжительности припадковъ относительно жизни. Вліяніе самого малаго количества выдѣленія мочи. Скорость появленія симптомовъ при каменной ишуріи и медленное при истерической. Безопасность припадковъ находится въ связи съ количествомъ образующейся въ организмѣ мочи. Способность истерическихъ субъектовъ противостоять истощенію.

Механизмъ истерической ишуріи. Недостаточность нашихъ свѣденій относительно этого предмета 239

ЛЕКЦІЯ ДЕСЯТАЯ.

ОБЪ ИСТЕРИЧЕСКОЙ ГЕМІАНЕСТЕЗІИ (ОБЪ АНЕСТЕЗІИ ОДНОЙ СТОРОНЫ ТѢЛА).

Содержаніе.—Геміанестезія и гиперестезія яичниковыя при истерикѣ. Частое совпаденіе этихъ двухъ симптомовъ. Частое появленіе геміанестезіи у истерическихъ; ея разнообразіе; она бываетъ полная и неполная. Признаки истерической геміанестезіи. Ишемія и судороги. Пораженія спеціальныхъ чувствъ. Ахроматопсія. Связь между геміанестезіею, яичниковою гиперестезіею, парезомъ и контрактурою. Разнообразіе симптомовъ при истерикѣ. Діагностическое значеніе истерической геміанестезіи. Ограниченіе, которое слѣдуетъ при этомъ имѣть къ виду.

Геміанестезія, зависящая отъ извѣстныхъ пораженій головнаго мозга. Аналогичность, которую она представляетъ съ истерическою геміанестезіею. Случаи, въ которыхъ геміанестезія, зависящая отъ головнаго мозга представляетъ сходство съ истерическою геміанестезіею. Мѣсто головномозговыхъ пораженій, могущихъ произвести геміанестезію. Функція зрительныхъ бугровъ;—теорія англійская и теорія французская. Критика. Нѣмецкая номенклатура различныхъ частей головнаго мозга. Ея преимущества въ отношеніи описанія пораженій. Случаи геміанестезіи, описанные Тюркомъ; спеціальное мѣсто пораженій головнаго мозга въ этихъ случаяхъ. Наблюденіе Маньяна. Измѣненіе спеціальныхъ чувствъ 262

ЛЕКЦІЯ ОДИНАДЦАТАЯ.

ОБЪ ЯИЧНИКОВОЙ ГИПЕРЕСТЕЗІИ.

Содержаніе.—Мѣстная гистерія англійскихъ авторовъ.—Яичниковая боль, ея частота; историческій обзоръ.—Мнѣніе Брике.

Признаки яичниковой гиперестезіи.—Ея настоящее мѣсто.—Истерическая aura; первый фазисъ; globus hystericus или второй фазисъ; мозговыя явленія или третій фазисъ.—Исходною точкою перваго фазиса представляется яичникъ.—Пораженія яичника; дезидераты.

Отношеніе между яичниковою гиперестезіею и другими припадками мѣстной истерики.

О прижатіи яичниковъ.—Его вліяніе на приступы. — Способъ его примѣненія.—Прижатіе яичниковъ уже давно извѣстно, какъ средство, останавливающее или предупреждающее истерическія судороги.—Эпидемія Saint Médard: пособія. — Аналогія, существующая между остановкою истерическихъ судорогъ, прижатіемъ яичника и остановкою эпилептической ауры, посредствомъ лигатуры конечности.

Заключенія относительно терапіи.—Клиническія наблюденія 280

ЛЕКЦІЯ ДВѢНАДЦАТАЯ.

ОБЪ ИСТЕРИЧЕСКОМЪ СВЕДЕНІИ.

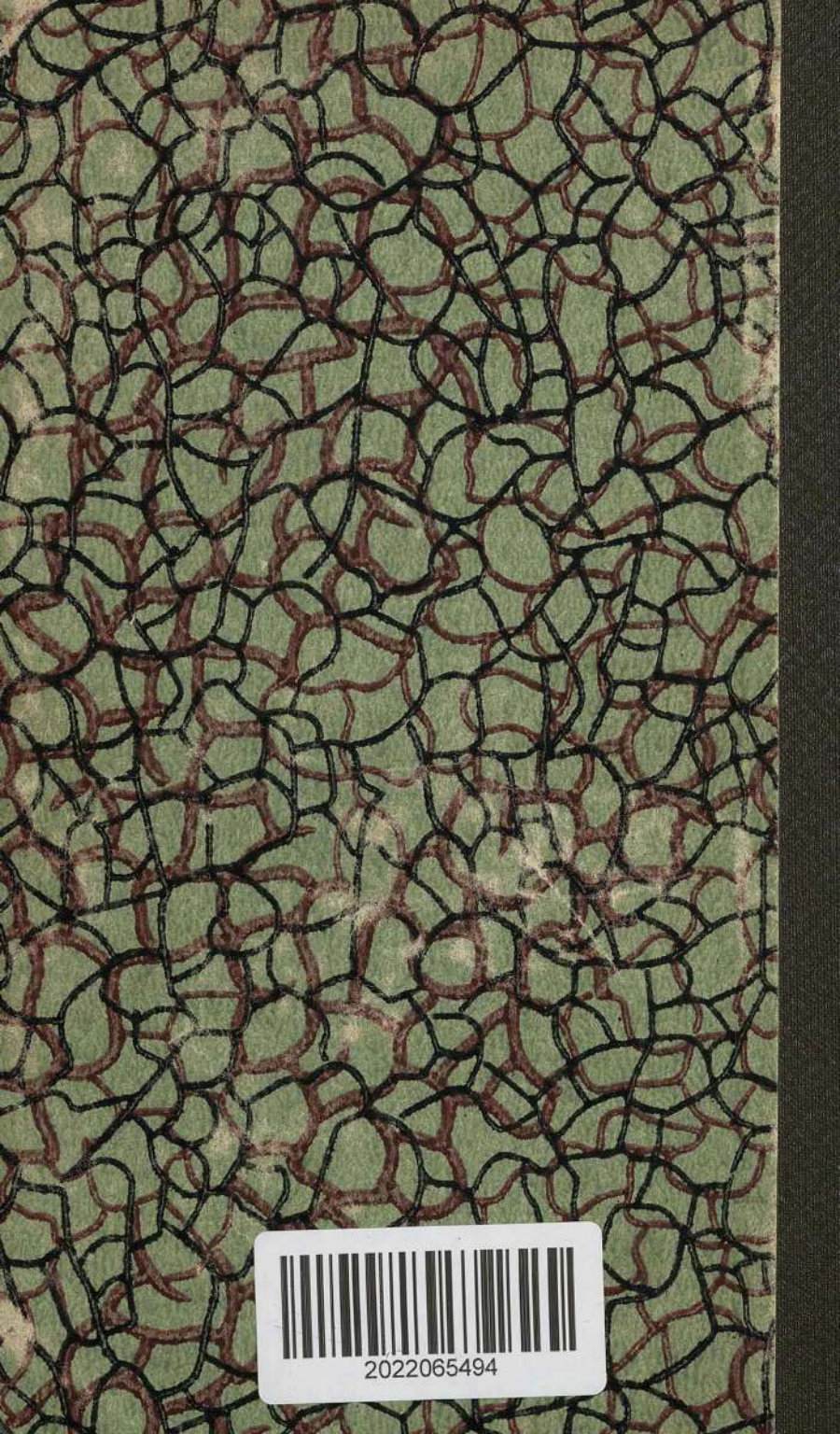
Содержаніе. Формы истерическаго сведенія. — Описаніе гемиплетической формы; аналогіи и различія между истерическимъ сведеніемъ (контрактурой) и сведеніемъ, зависящимъ отъ мозговаго пораженія въ видѣ фокуса.—Примѣръ параплегической формы истерическаго сведенія.

Предсказаніе. — Внезапность выздоровленія въ нѣкоторыхъ случаяхъ. — Научное объясненіе извѣстныхъ случаевъ, считаемыхъ чудесными. — Неизлечимость сведенія у нѣкоторыхъ истерическихъ. — Примѣры. — Анатомическія пораженія.—Склерозъ боковыхъ канатиковъ.—Различные виды сведеній.—Истерическое искривленіе стопы 303

ЛЕКЦІЯ ТРИНАДЦАТАЯ.

ГИСТЕРО-ЭПИЛЕПСІЯ.

Содержаніе.—Гистеро-эпилепсія.—Смыслъ этого названія.—Мнѣнія авторовъ.—Эпилептивидная гистерія, гистерія съ смѣшанными явленіями.—Виды гистеро-эпилепсіи; гистеро-эпилепсія съ явно раздѣльными припадками,—Гистеро-эпилепсія съ осложненными явленіями или приступо-припадочная. — Различіе и сходство между эпилепсіей и гистеро-эпилепсіей.—Діагностическія данныя, получаемыя при изслѣдованіи температуры при гистеро-эпилептической серіи и эпилептической серіи припадковъ.—Эпилепсія; ея фазисы.—Клиническіе признаки гистеро-эпилепсіи. — Опасность нѣкоторыхъ исключительныхъ случаевъ гистеро-эпилепсіи.—Наблюденіе Вундерлиха 321


2022065494